

The Lancet—London
32 Jamestown Road,
London NW1 7BY,
UK
T +44 (0)20 7424 4910
F +44 (0)20 7424 4911

The Lancet—New York
360 Park Avenue South,
New York, NY 10010-1710,
USA
T +1 212 633 3810
F +1 212 633 3853

The Lancet—Beijing
Unit 1-6, 7F, Tower W1,
Oriental Plaza, Beijing 100738,
China
T +86 10 85208872
F +86 10 85189297

editorial@lancet.com

序文	リチャード・ホートン, 武見敬三	3
論説	日本：国民皆保険達成から 50 年 『ランセット』編集部	7

コメント

1	健康社会を目指した日本の過去 50 年 マイケル・ライシュ, 他	9
2	日本の平均寿命はなぜこんなに高いのか クリス・マレー	13
3	日本の国民健康・栄養調査の価値 佐々木敏	15
4	人間の安全保障と国民皆保険 スーディア・アナンド	17
5	日本の自殺 本橋豊	19
6	日本の保健医療専門家教育——今こそ変わるべき時 伴信太郎, マイケル・フェターズ	21
7	日本における保健医療政策策定のための科学と総意形成 森臨太郎, 他	23
8	災害時循環器リスク予防ネットの開発 苅尾七臣, 他	25

特集号

1	なぜ日本国民は健康なのか 池田奈由, 他	29
2	日本の皆保険制度の変遷, 成果と課題 池上直己, 他	44
3	わが国における医療費抑制と医療の質：トレードオフはあるのか 橋本英樹, 他	57
4	人口の高齢化と幸福：日本の公的介護保険政策からの教訓 田宮菜奈子, 他	70
5	グローバルヘルスにおける日本のコミットメント再強化： 課題と機会 レイデン・ヤノ, 他	86
6	優れた健康水準を低コストで公平に実現する日本型 保健制度の将来：国民皆保険を超えて 渋谷健司, 他	100

序文

日本の保健システムおよび拡大しつつあるグローバルヘルス分野における日本の役割を扱っている本特集号は、私にとって、身近に感じて育っていながらも、この特集号に携わるまでは実際はほとんど知らなかった、日本人と日本文化に対して敬意を表す良い機会である。また、この2年の間に新たに出会い、共に活動してきた仲間や友人、特に武見敬三氏と渋谷健司氏にこの場を借りて謝意を表したい。

私が生まれたのはちょうど日本が皆保険制度を達成した年である。1960年代の英国で、私は、日本の文物に囲まれて育った。花瓶、皿、茶碗、写真、人形、絵、小刀（壁に掛けられた木彫りの鳥居の下に飾ってあった）などである。父の引き出しの中には、写真が何枚も入った小さな箱が納められていた。父はこの箱をとっても大切にしていたが、私にはその理由がわからなかった。私が10代になった頃、父は私を座らせ、真剣な眼差しで箱の中の写真を1枚、1枚、丁寧に説明してくれた。小さな白黒の写真が何枚もあったが、この中の3枚の写真が私の世界観を変え、『ランセット』誌の根底にある哲学を今日もなお支え続けているといっても過言ではない。

1945年8月6日から8ヶ月後、当時21歳の技術師だった父は広島入りし、橋や建物、インフラ、行政機構の復興のために支えあって活動していた何千人もの地元住民と占領軍に加わり、活動を開始した。市の中心部を見下ろす丘から、父は3枚の写真を撮影した。3枚の写真をつなげると灰に包まれ、地面に強く押しつけられたかのごとくつぶれ、人類がこれまで創造した中で最も恐ろしく残酷な兵器によって破壊された街のパノラマ風景が現れた。

その風景をよく見るといろいろなことがわかってくる。細部に目を惹きつけられるのだ。燃えた木々は樹皮や葉が剥がされてもピカドンの生き証人であるかのように地面に立ち続けて

いる。復興の兆しを示す家々や集落、人々の生活も見て取れる。川には舟が浮かび、車も通っている。男性が自転車に乗り、男女が立ち話をしている様子も写されている。地面を掘る人々、学校に向かって歩いているのか、2人の子供も見える。

こうした経験と出会いは、父の心に生涯残った。父はその後日本を再訪することはなかった。また父が日本語をきちんと学ぶ機会はなかったが、美しい響きを持ついくつかの日本語を時々披露しては、家族を驚かせた。父は日本文化を正式に学ぶことはなかったが、日本愛好者であった。父はその後の人生で変わらず日本文化と日本人を尊敬し続けたが、私もその思いを共有している。父と共有している日本への感謝と敬意を、この日本特集号と共に伝えたいと願っている。

この3枚の広島の写真は、決して忘れてはいけない甚大なる人道的危機という事実と、破壊された世界から立ち上がり、復活しようとする人々の計り知れない尊厳を映し出している。現在この写真はデジタル化されて1枚の写真となり、私の自宅に飾られている。1945年8月6日午前8時15分（そしてその数日後の長崎への原爆投下）は、人類の平和と和解の象徴として常に記憶にとどめておかななくてはならない。

この平和と和解への思いが現代日本社会の基礎であり、その後この思いは人間の安全保障という考え方の礎となった。さらにその後、人間の安全保障は力強いコンセプトへと発展した。健康と人間開発に関する国際対話において、日本のこのコンセプトは決定的な貢献をしている。決定的というだけでなく、最も偉大なる貢献かもしれない。

本特集号はさまざまな日本の機関（特に日本国際交流センター）との協力の下でとりまとめられ、他のどの国よりもずっとすぐれた国民の



健康に示されるように、過去 50 年間に日本が達成した偉業の軌跡をたどっている。

また本特集号ではこうした達成を守り、さらに発展させていくためには何が必要かを明らかにすることも試みている。将来的には課題が山積みであり、克服すべき苦難も多いだろう。しかし今や日本一国にとどまらず、ひいては世界のメタファーともなっている 1946 年の広島



戦後 60 有余年のわが国の歩みは、世界に誇れる多くの分野を生み出している。その 1 つが、今年 50 周年を迎えた国民皆保険制度であり、男女ともに世界一の健康寿命を達成した保健医療分野であろう。世界人口の高齢化が進む中で、アジアにおける高齢化先進国であるわが国の得た経験は、これから高齢化が進む国々において役に立つ多くの知見をもたらしている。『ランセット』日本特集号は、わが国の保健医療分野における経験を正確にかつ説得力をもって政策論として対外的に発信するために、長所も短所も共に分析対象とし、可能な限りのデータを収集して科学的根拠を基礎とした分析を試みている。

21 世紀の今日、わが国は国際社会において自由と平等を尊重する責任ある役割を担う成熟した国家となり始めている。『ランセット』日本特集号の中でも保健医療政策の中核概念として「人間の安全保障」を採り上げていることは、その成熟する社会を象徴的に表しているように思う。わが国がアジアにおける雁行型経済成長をけん引する役割を担っていることを指摘した 1993 年の世界銀行報告書『東アジアの奇跡—経済成長と政府の役割』は、すでに過去のものとなって久しい。これからのわが国の役割は、成熟した責任ある国家として、人間の安全保障に基づき国境を越えて社会的格差を是正し社会の安定と健全なる発展のために先導的役割を果たすことにある。『ランセット』日本特集号は、この

生を見るにつけ、国際社会は日本が将来に向けて生み出しつつある解決の方法や機会から多くを学びとることができる信じてやまない。

リチャード・ホートン

『ランセット』誌編集長

richard.horton@lancet.com

21 世紀におけるわが国の新しい役割を、高齢化先進国として国際的に比較優位性を持つ保健医療分野において、政策論を通じて初めて実践しようとするものである。

また、わが国の保健医療制度は、継続する急速な高齢化、経済の低迷、財政赤字の深刻化、雇用形態の変化により確実に持続可能性を失い始めている。多大なる人命の犠牲をもたらした東日本大震災は、もっとも高齢化が進んだ社会を直撃した災害であり、わが国の既存の制度疲労を露呈させている。この際、東日本大震災から立ち直らんとする人々を支援し被災地域を復興させるためには、全国的な保健医療制度の構造改革と連動した大きな構想が不可欠であろう。過去の成功体験や確立された既得権益が、これから実行しなければならぬ構造改革のさまざまな障害となる可能性がある。『ランセット』日本特集号は、わが国の保健医療制度の過去を総括し、現状の課題を把握した上で未来に向けての構造改革を提言している。同特集号が、わが国が 21 世紀において引き続き、世界でも先進的な健康社会を持続していくために必要な政策論議に重要な一石を投じることを期待している。

『ランセット』日本特集号を実現するに際し、ランセット誌リチャード・ホートン編集長、ビル・サマースキル編集主幹をはじめとして徹底したプロ意識を持ち一体となって働いてくれた『ランセット』誌の皆さんには心からの感謝の意を表したい。この特集号のアイデアを提示した

リンカーン・チェン米国中華基金会理事長，各研究チームの研究調査活動に多大な貢献をしてくれたマイケル・ライシュ ハーバード大学公衆衛生大学院教授，ジョン・クレイトン・キャンベル ミシガン大学名誉教授をはじめとする国際諮問委員会の皆さんには，著者の多くが東日本大震災の被災者医療に参加する中で温かい支援を頂戴しており，このことは忘れ得ぬ記憶となっている。6本の論文の筆頭著者である池上直己慶應義塾大学教授，橋本英樹東京大学教授，田宮菜奈子筑波大学教授及び野口晴子国際社会保障・人口問題研究所室長，池田奈由東京大学准教授，ライデン・ヤノ東京大学研究員をはじめとする共著者の皆さんは，この特集のために正月や夏休みを返上して多大な時間を割き徹底した議論を通じてより精緻な研究調査を実現していただいた。特に，渋谷健司東京大学教授は，研究計画の枠組みを作成し，各研究チームを組織し『ランセット』誌編集部との連携の下で研究内容の編集を行う中心的役割を担っていただいた。彼

ら共著者の皆さんの国境を越えた学問上の連帯意識に対し心からの敬意を表したいと思う。

『ランセット』日本特集号を実現させる体制づくりとその運営にあたっては，生みの親とも言える役割を果たしていただいた山本正 日本国際交流センター理事長，実務においてあらゆる面倒な仕事を一手に引き受けてくれた鈴木智子シニア・プログラム・オフィサーをはじめ同センターの皆さんには言葉では言い表せぬ感謝の気持ちを伝えたいと思う。同センターの支援体制なくして『ランセット』日本特集号は実現しなかったからである。最後に，同特集にかかわる活動に対し米国中華基金会及びビル&メリンダ・ゲイツ財団からご支援をいただいたことを記しておきたい。

武見敬三

公益財団法人 日本国際交流センターシニア・フェロー，『ランセット』日本特集号国内実行委員会委員長

日本：国民皆保険達成から 50 年

2011 年 4 月 1 日に日本は国民皆保険制度達成から 50 年を迎えた。この比較的短い期間で、日本は平均寿命など、いくつかの健康指標において世界一となった。こうした保健医療分野での日本の功績を称え、また検証するために、『ランセット』誌は本日、日本特集号「国民皆保険制度達成から 50 年」を刊行する。個別テーマに沿った論文 6 本とコメント 8 本ではそれぞれ、日本の学者と世界の共同研究者が、戦後日本の保健医療分野における発展を詳細に記し、さらに、昨今積極性を増している日本のグローバヘルス分野への関与を扱っている。テーマ別の論文では、日本のこれまでの歩みを詳説し、こうした日本の経験が別の条件下でどのような教訓となりうるかを分析している。それぞれの論文はまるで緻密な細工を施した根付のようであり、機能的でありながらもいろいろと考えさせられる。

日本のアプローチの核心は、憲法で追求している保健医療の普遍性という目的を国民皆保険制度という形で実現するということであった。日本では一般的に社会における公平性が強調されており、健康の社会的決定要因においては、日本はとてもうまくいっていた。しかし現在、不況によって、日本の保健医療の財政的、社会的土台が圧迫されており、社会的格差も広がってしまっている。社会の不公平が増すということは、保健医療の社会的決定要因も悪化することであり、国民の健康状態は悪化し、保健医療サービスへの需要も増える。さらに医療費の増大と高齢化によって、日本の医師も他国の医師たちと同様に、こうした圧力の下で国民皆保険制度を持続できるのか、不安を抱いている。

日本の保健システムは、2011 年 3 月 11 日の東日本大震災とその後の一連の出来事によって真価が試された。マグニチュード 9.0 という巨大地震と 40 メートルにまで達した津波はインフ

ラ、医療施設、原子力発電所に深刻な打撃を与えた。その後の放射線漏れにより、医療を提供し、公衆衛生を確保するための試みが複雑化してしまった。まだ冬の最中、余震と放射能汚染という予測困難なリスクにあっても、日本人は尊厳と連帯感を示し、世界中から尊敬された。非常に困難な状況下で、医療器具が不足しながらも責務にあたった医療チームの忍耐強さは、これまでの 50 年間同様、保健医療システムの核を左右するのは保健医療人材の献身であるということを示した。

本特集号は、公益財団法人日本国際交流センターの武見敬三氏と東京大学の渋谷健司氏という 2 人の献身とリーダーシップなしには実現しえなかった。2 人は震災後の激務にあった本特集号執筆チームの医療従事者をサポートし、原稿を期日に間に合わせた。日本の国民皆保険制度の達成、課題、そして将来を紐解くことに対する 2 人の揺るぎないコミットメント、日本の保健医療体制の改善に精力的に取り組む姿勢、そして日本の経験を開発途上国と共有しようとする姿勢は本特集号の基本方針となった。

日本の経験の中心的なメッセージは、日本の課題の多くが他国のさまざまな保健システムにも共通に見られるということである。だからこそわれわれが知っていることを明らかにし、それを共有する必要があるのだ。たとえば経済発展段階にかかわらず、すべての国が高齢人口を抱えている。日本では特に急速に高齢化が進んでおり、65 歳以上の人口がこの 60 年間で 4 倍、人口の 23% にまで達している。日本は健康的に年を取ることを示すよい例となっており、さらに長生きをすることが、健康医療問題であるばかりではなく、社会的な課題として議論し対処していかなければならないことを示している。また、効果的な医療を、待機リストなどなしに国内総生産の 8.5% と比較的低費用で提供

2011 年 9 月 1 日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61223-3

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61189-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61187-2

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61048-9

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

できるということも、もう1つの教訓である。

しかし改善の余地もある。最後の2本の論文では、国内外の保健医療政策を見直し、慢性疾患の予防医療の改善と、発展途上国や近隣アジア諸国における保健医療において強いリーダーシップを発揮するよう、日本政府に提言している。この2つの目標は重要であり、『ランセット』誌は今後も進捗をモニターしていく予定である。

保健医療システムの持続に欠かせないのは、若い世代の質とコミットメントである。東日本大震災に関連してあまり広く報道されていないことがある。それは震災直後からの東京の18万人の帰宅困難者への支援を行ったのが、ソーシャ

ルメディアに明るい若者たちであったこと、そしてそれから何カ月も経った今、津波で最も深刻な被害を受けた地域で無料の医療サービスを提供しているのもまた若い世代なのだということだ。したがって、伝統的な国の長寿に関するテーマを主に扱う本特集号で、日本の保健医療分野で働く若い世代の功績を十分に認めないことは間違いである。才気煥発かつ献身的でもある彼らには、将来の国民皆保険制度の課題である持続性と医療の質に挑戦する資質が十分にあるのだ。

『ランセット』誌

健康社会を目指した日本の過去 50 年

本特集号では、過去 50 年の日本の国民皆保険制度を検証し、今日の主要課題を明らかにして、長期的な高齢化社会と 3 月 11 日の東日本大震災でもたらされた衝撃的な危機を踏まえた上で、日本の将来に向けての道筋を提唱したい。20 世紀後半に国民の健康状態を改善し強固な保健医療体制を構築した日本の実績は、国際的に高く評価されている。第二次世界大戦終了時の日本人の平均寿命は、男性で 50 歳、女性で 54 歳であったが、1970 年代後半までにはスウェーデンを抜いて世界一の平均寿命を誇った¹。日本人女性の平均寿命は 25 年間継続して世界一であり、2009 年には 86.4 歳に達した。一方、日本人男性の平均寿命は 2009 年には世界 5 位に転落し、79.6 歳であった^{2,3}。

2011 年に、日本は国民皆保険の達成から 50 周年を迎える。国民皆保険制度は 1961 年に導入され、すべての国民にさまざまな医療へのアクセスを保証している。以来、保険の給付はますます平等となる一方で、医療費は比較的低い水準に抑えられてきている。2008 年の日本の医療費は GDP の 8.5% にとどまり、OECD 諸国では 20 位という低さである⁴。65 歳以上の高齢者が人口に占める割合がこの 50 年間で 4 倍（6% から 23%）に上昇していることを考えると、日本が保険給付の公平性を拡大させつつ医療費を抑制していることは、なおのこと驚異的である⁵。

この半世紀の目を見張るような日本の実績は、一体どのように達成されたのだろうか。答えは簡単には見出せないが、多くの要因によるものである。なかでも、公衆衛生政策、高い識字率と教育水準、伝統的な食習慣と運動、経済成長、安定した政治環境などが、重要な要因として挙げられる。さらに、この 50 年の成功の蔭には、今日の日本が抱える医療課題の根源がある。ランセット日本特集号プロジェクトでは、健康状態の改善をもたらした個別の要因だけでなく、

日本の医療が直面している課題と可能性についても検証していく。本稿では、こうした変化が生じた背景、また、今日日本が直面している課題についてもその背景を探っていききたい。

1868 年の明治政府発足とともに、日本政府は社会全体の急速な欧化政策に着手したが、医療に関しては時間をかけ、医学体系を伝統的な漢方から西洋医学への移行させることに成功した。他のアジア諸国と異なり、漢方の専門学校や公的資格は、西洋医学と併存することはできなかった。そして、この移行は最小限の費用で、社会的な混乱をあまり招かずに達成された⁶。

しかしながら病院に関しては医療を提供する公共施設や宗教施設が皆無に等しかったため、新しい施策が必要となり、教育と研究目的の病院、陸軍と海軍の病院、感染症や性感染症患者隔離のための公立病院など、目的別の病院を建設していくことになった。そして数的に最も多い病院は、診療所の延長として生まれた民間病

2011 年 9 月 1 日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

オンライン・論説参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61223-3

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61187-2

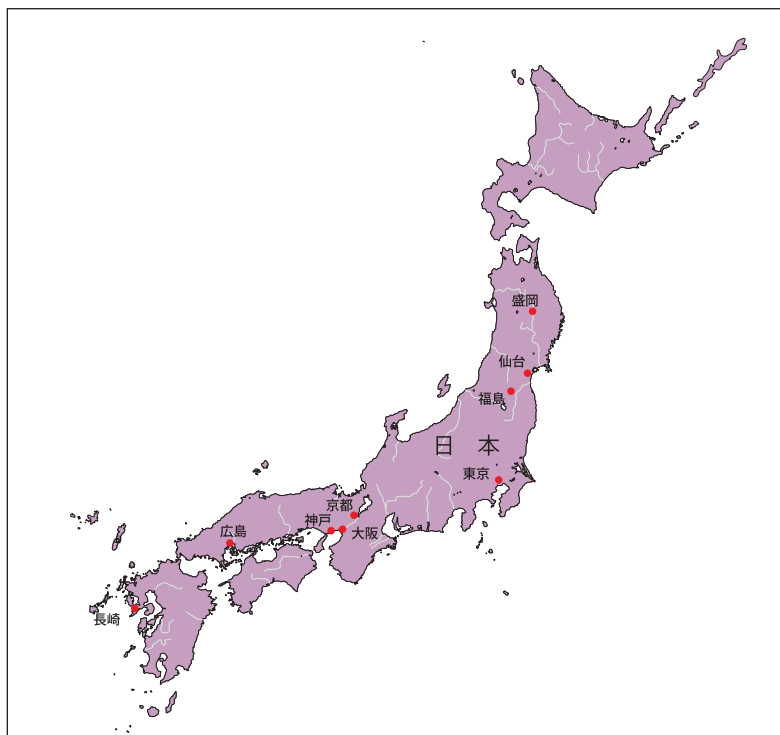
オンライン・シリーズ参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8



DOI:10.1016/S0140-6736(11)61048-9
DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

院であった。どの形態においても、病院は医師が勤務する場所だと考えられ、医師が診療と病院運営両方の責任者として病院長を務めた。このような新しい病院の医師は、東京大学医学部など、著名な大学医学部の教授の配下にあるのが常であった。医師は、教授の判断による人事に従って、大学病院の医局と関連病院の閉ざされたネットワーク内の病院を、転々と渡り歩いていた。

医師が設立した民間病院には、公立の大病院と互角の規模になるまで拡大を続けるものも出てきた。したがって診療所と病院との間に大きな差はなく、大病院でも、紹介状がなくても患者が診療を受けられる外来部門を持ちつづけるところもあった。また、病院の専門医と診療所の開業医との間にも大差はなかった。開業した医師は自らを専門医と位置づけていたが、病院のように設備が整っていないために、ほとんどがプライマリ・ケアを提供していた。このような構造は今日に至るまで続いている。

第二次世界大戦が終結した1945年、日本は焼け野原になっていた。大都市は米軍による空襲で破壊され、広島と長崎は原子爆弾によって完全に消滅していた。戦争によっておよそ320万人が死亡し、日本全土が深刻な貧困と栄養不良の脅威にさらされていた。1945年8月の日本の無条件降伏に続く、米軍による7年間の占領支配下で、日本社会全体の民主化という目標に沿って、医療体制も再構築されることとなった。

こうした試みの成果はまちまちであった。国民の健康問題に対応するため、占領軍は、地域の公衆衛生体制の強化を図り、感染症の制御が進んだ。戦後すぐの数年で、国民の健康状態は目覚しく改善された。1947年から1955年の間で、平均寿命はほぼ14年間も伸びている⁷。

これらの偉業は、戦前に着手された公衆衛生政策によるものである。それらの政策が、米軍占領下で他の社会復興の試みと併せて促進され、1952年の主権回復後に、日本政府によってさらに健康状態の改善が進められた。重要なことは、

こうした戦後すぐの保健衛生状態の改善が、高度成長期よりも前に達成されたことである。また、被用者ごとの健康保険と地域の国民健康保険の両者とも拡大したが、戦時下(1943年)には、全国民の7割がいずれかの保険にすでに加入していた点も特筆すべきであろう。一方、医学教育の継続性も維持され、東京大学医学部をトップとするヒエラルキー的構造は変わらなかった。

目覚ましい健康状態の改善に加え、1960年代に日本は前例のない経済成長を遂げる。しかし、一部では健康状態の大幅な悪化も見られた。1960年代にひどい公害問題が勃発し、被害を受けた地元住民に重大な健康問題をもたらした⁸。その教訓を得た日本は、環境衛生の分野で牽引役となった。日本が世界一の平均寿命を達成した1970年代後半以降、日本の健康状態の改善に見られる実績は、日本がいかにか世界一の長寿国となったのか、その要因を探ろうとする多様な分野の研究者の関心を呼んでいる。

日本は現代社会のあり方を揺るがすような多くの社会的、文化的変化の渦中にある。若い世代の非正規雇用の拡大、女性の晩婚化や出産の高年齢化、人口の高齢化、所得格差の拡大、日本が均質的であるという神話の崩壊といった、さまざまな変化が起こっている⁹。これらの変化の1つの現れとして、出生率の低下が挙げられる。日本において、女性が一生涯に産む子どもの平均数を示す合計特殊出生率は1.37と、イタリアやドイツと同水準で、シンガポールと韓国よりやや上であるが、人口を維持するために必要な出生率をはるかに下回る¹⁰。日本の出生率の低さと死亡率の低さがあいまって、高齢化が加速している。65歳以上の高齢者は2005年に全人口の2割に達したが、2050年までに4割にまで増加すると予測されている。人口構成の変化は、医療体制、その財政基盤、高齢者に対する医療のあり方など、多くの社会制度に深刻な影響を及ぼしている。

深刻な政治停滞、景気低迷の中、現在日本の保険医療制度は大きな課題に直面している。日

本はこの20年間、経済のゼロ成長に苦しみ、国の債務も膨れ上がっている。日本が世界のGDPに占める割合は1960年の3.9%から1994年には18.0%にまで増加したが、その後下降を続け2008年は8.3%であった¹¹。「ジャパン・アズ・ナンバーワン」を誇った1960年代と1970年代は遠い昔の話である¹²、失業率は上昇の一途であり、所得格差は1980年代後半から拡大し続けている。自由民主党はほぼ54年間ずっと政権の座にあったが、2009年の総選挙で大敗し、今は野党の身である。こうした政治経済の状況も、日本の医療制度改革の試みを、さらに複雑化させてしまっている。しかし一方で、流動的な政治状況は、日本がどのように行動するか、また、医療における政策革新の可能性をどのように拡大させるかという、構造改革をもたらす好機ともなり得る。

この50年、日本はその医療制度を徐々に改革し、国民皆保険制度の拡大と、さまざまな保険制度間の公平性を増し、格差を減らしつつ、医療費抑制を達成してきた。平等主義で、地域に根差した医療という基本前提は、「人間の安全保障」という考え方につながり、これが現在日本外交の核となっている¹³、しかし、近年、日本は、医療保険制度の構造改革を先延ばしにしている。こうした問題の積み残しは、進行しつづける高齢化と国の債務の拡大同様、避けて通れない深刻な課題となっている。

ランセット日本特集号では、日本の保険医療の主要な業績と、現在直面している課題を取り上げている。最初の池田奈由ら¹⁴による国民の健康指標についての論文では、日本がいかに平均寿命を延ばし、死亡率を低下させることに成功したかを分析している。池上直己ら¹⁵による次の論文では、日本がいかにして国民皆保険を達成し、保険制度ごとの格差を是正しながら医療費増による財政へのしわ寄せを軽減させてきたかを分析する。橋本英樹ら¹⁶による3つ目の論文は、保健医療制度が医療の質を維持しつつ、医療費を抑制することができたのか、分析

している。田宮菜奈子、野口晴子ら¹⁷による4つ目の論文は、2000年から実施されている、急速な高齢化に対応する主要政策である介護保険制度について分析している。ライデン・ヤノら¹⁸による5つ目の論文では、グローバルヘルス分野において日本がより大きな役割を果たし、資金援助だけでなく、政策論議を牽引するようになるための試みを探る。渋谷健司ら¹⁹による最後の総括論文では、日本や他の国々に向けた教訓をまとめる。

ランセット日本特集号プロジェクトは、日本における保健医療政策の主要5分野の議論に対して検証と提言を行う。日本の現在の政治状況は、医療制度を超党派で改革する好機である。日本が推進してきた人間の安全保障という考え方は、医療政策に関わる国内および世界的なさまざまな難問に取り組む際、基本的な価値となりうる。西洋諸国以外で初めて先進国の仲間入りし、国民皆保険制度を達成した日本は、今直面している諸課題を解決し、その方策を1つのモデルとして世界に提示できる、とわれわれは確信している。

マイケル・R・ライシュ、池上直己、渋谷健司、武見敬三

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健・人口学部、Boston, MA 02115, USA (ライシュ)、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 (池上)、東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室 (渋谷)、公益財団法人日本国際交流センター (武見)
michael_reich@harvard.edu

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Yanagishita M, Guralnik JM. Changing mortality patterns that led life expectancy in Japan to surpass Sweden's: 1972-1982. *Demography* 1988; 25: 611-24.
- 2 Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. Abridged life tables for Japan. 2009: III, life expectancies at birth in some countries. <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/lifetb09/index.html>(accessed Feb 10, 2011).
- 3 Yamaguchi M. Japan's women extend life expectancy to new high, nearly 86 ½ years. *Chicago Tribune* July 26, 2010. <http://www>.

- chicagotribune.com/health/sns-ap-as-japan-life-expectancy,0,7388721.story (accessed Feb 10, 2011).
- 4 OECD. OECD Health data 2011. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2011.
 - 5 UN Population Division, UN Department of Economic and Social Affairs. World population prospects: the 2010 revision population database. <http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp> (accessed July 23, 2011).
 - 6 Lock MM. East Asian medicine in urban Japan: varieties of medical experience. Berkeley: University of California Press, 1980.
 - 7 Sugiura Y, Ju YS, Yasuoka J, Jimba M. Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. *Biosci Trends* 2010; 4: 9–16.
 - 8 Huddle N, Reich M. *Island of dreams: environmental crisis in Japan*. New York: Autumn Press, 1975.
 - 9 Kelly WW, White MI. Students, slackers, singles, seniors, and strangers: transforming a nation-state. In: Katzenstein PJ, Shiraishi T, eds. *Beyond Japan: the dynamics of east asian regionalism*. Ithaca, NY, USA: Cornell University Press, 2006: 63–84.
 - 10 厚生労働省大臣官房統計情報部 『平成 22 年 我が国の人口動態』 厚生労働省大臣官房統計情報部発行, 2010 年 2 月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/dl/81-1b2.pdf>) (2011 年 2 月 10 日アクセス).
 - 11 World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. GDP (current US\$). <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries> (accessed Feb 10, 2011).
 - 12 Vogel EF. Japan as number one: lessons for America. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
 - 13 Takemi K, Jimba M, Ishii S, Katsuma Y, Nakamura Y, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution. Human security approach for global health. *Lancet* 2008; 372: 13–14.
 - 14 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
 - 15 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
 - 16 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
 - 17 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
 - 18 Llano R, Kanamori S, Kunii O, et al. Reinvigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61048-9.
 - 19 Shibuya K, Hashimoto H, Ikegami N, et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2.

日本の平均寿命はなぜこんなに高いのか

過去 30 年間、日本の平均寿命は世界一である。2008 年の医療費の対国内総生産（GDP）比は、米国は 16.4%、ドイツは 10.7%であったが、日本では 8.5%未満に抑えながらも世界一の平均寿命を達成しているのである¹。日本の保健アウトカムが卓越しているのは、それほど高くない疾患の危険因子、保健システムの実績²、そして国民皆保険のおかげとされている。日本の保健分野における成功の根本的要因を解明すれば、低コストで優れたアウトカムを上げたいと考えている他の国に大きな影響を及ぼす。池田奈由ら³は、第二次世界大戦以降の日本の死亡率低下の潜在的原因を分析するため、死因と危険因子に関するデータを綿密に分析している。

5 歳未満の死亡率および若年・中年の成人死亡率を他の先進 8 カ国と比較した池田らの論文³のデータによれば、第二次世界大戦以降の死亡率の変化には 3 つの段階がある。1950 年から 1975 年にかけて、乳幼児および成人の死亡率はいずれも著しく低下した。1975 年までに、日本の男女の成人死亡率は先進 8 カ国中最低になり、乳幼児死亡率はスウェーデンに次いで 2 番目に低くなった。池田らは、衛生的な文化、高い教育水準、平等主義的な社会、そして、特に結核を撲滅するための公的保健医療制度を牽引してきた強力な政府をその要因として挙げている。時系列の横断的なデータからどの要因が死亡率低下の直接の原因であるかを証明することは周知の通り困難であるが、池田らの主張は、目を見張る進歩が見られたこの時期の年齢・性・死因別の死亡率推移に関する説明としては妥当と思われる。

池田らが分析対象とした時期とはやや異なるが、日本が他の先進国の死亡率推移と歩調を合わせつつも、乳幼児または成人の死亡率の年間低下率という点ではこれらの国を凌駕することのなかった 1975 年から 1995 年の期間は、明

らかに第 2 の段階であるように思われる。日本では、1975 年までにはすでに、多くの非感染性疾患が他の先進国と比べてきわめて低い水準にあった。この歴史的状況は、主として、食生活における危険因子と身体活動の面で好ましい文化的伝統のおかげであり、保健システムと国民皆保険の功績とは言えない。重要な例外は脳卒中死亡率で、大量の塩分摂取と高血圧が脳卒中死亡率を高くしていたのである。池田らは、他の研究⁴に依拠しつつ、塩分摂取量の低減を促進する公衆衛生活動および降圧剤による高血圧のプライマリ・ケアでの管理が、脳卒中死亡率の低下に大きな役割を果たしたと述べている。この主張は、1975 年から 1995 年まで続いた死亡率低下の一部は、保健システム活動と関係していたという見解を裏付ける重要な議論である。日本の血圧低下の推移は、女性の血圧の低下がきわめて緩やかである米国とは著しい対照をなしている。日本にとってより困難な第 3 の段階は 1990 年代中頃から後半にかけて始まっている。それ以降は、他の国に比べて成人男性死亡率の低下率が鈍化しており、成人女性（15 歳から 59 歳）も成人男性ほどではないがやはり鈍化している。日本は男性の死亡率についてはスウェーデン、イタリア、オーストラリアの、女性の死亡率についてはスウェーデンの後塵を拝している。近年の傾向が続けば、他の国の成人死亡率が日本を下回る可能性がある。日本が世界トップレベルであった先の 20 年間を考慮すれば、近年のこの変化は劇的である。池田らは、他の先進国に比べてタバコ消費量が多いこと、肥満度指数が少しずつ上昇していること、自殺率が高く、また上昇していることなど、この相対的な実績悪化の原因を数多く提示している。ただし、日本には国民皆保険制度があるが、提供されている医療の質が低いのかかもしれないという仮説は提示されていない。たとえば、高コ

2011 年 9 月 1 日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

レステロール血症の患者が実際に治療される割合は、他の先進国に比べてはるかに低い⁵。医療の質が不十分なことを考慮すれば、日本の死亡率をさらに低下させるには保健医療制度を刷新する必要があるかもしれない。経済の停滞や拡大する所得格差も、近年の傾向を説明できるだろう。

日本の経験からどのような教訓を導きだせるだろうか。筆者は池田らの分析から、4つのことに注目している。第1に、1人当たり国民所得が比較的低くとも（1950年代の日本）、国民の教育水準が比較的高い国では、政府の強力な行動により、効果的な感染症対策を実施することができる。高水準の教育⁶が絶対に必要であることを過小評価すべきではない。第2に、死亡率の急激な低下の1つの理由である保健医療システムの効果は、主に公衆衛生対策および血圧などの主要危険因子のプライマリ・ケアにおける管理によるものだったのだろう。これらはどの国においても医療費に占める割合が少ない。日本の保健医療の成果が優良であるのに医療費の対GDP比が低い理由は、他の国の医療費の大部分が国民の健康状態の改善にほとんど役立っていないためかもしれない。第3に、日本は、虚血性心疾患および一部のがんの危険因子が元々低かったことから多大な恩恵を受けてきた。日本は1950年代にはすでに、他の8カ国に比べて虚血性心疾患による死亡率が低かった。どのような種類であれ、保健システムの実績を評価するには、危険因子が低かったことによる優位性の影響を考慮しなければならない。第4に、経済停滞、政治の混乱、高齢化、十分ではないタバコ規制という状況の中で、日本は保健医療の新たな課題に効果的に対応しているようには見えない。これらの課題に取り組むには、安価で多くの患者を診る従来の医療へのアクセスを全国民に保証するだけでは不十分であろう。

日本は、一致協力して取り組まなければ、米国と同様⁷、世界での平均寿命ランキングから下がっていく可能性がある。相対的低下は米国ほど深刻ではないだろうが、よく言われるように、過去の成功は必ずしも将来のトップレベルの成果を保証しないのである。

クリストファー・J・L・マレー

ワシントン大学保健指標評価研究所所長
Washington, Seattle, WA 98121, USA
cjl@uw.edu

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Organisation for Economic Co-operation and Development. StatExtracts: health expenditures and financing. 2011. <http://stats.oecd.org/Index.aspx> (accessed on July 23, 2011).
- 2 WHO. The World Health Report 2000—Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 3 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- 4 Ikeda N, Gakidou E, Hasegawa T, Murray CJL. Understanding the decline of mean systolic blood pressure in Japan: an analysis of pooled data from the National Nutrition Survey, 1986–2002. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 978–88.
- 5 Roth GA, Fihn SD, Mokdad AH, Aekplakon W, Hasegawa T, Lim SS. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 89–92.
- 6 Gakidou E, Cowling K, Lozano R, Murray CJL. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *Lancet* 2010; 376: 959–74.
- 7 Kulkarni S, Levin-Rector A, Ezzati M, Murray CJL. Falling behind: life expectancy in US counties from 2000 to 2007 in an international context. *Popul Health Metr* 2011; 9: 16.

日本の国民健康・栄養調査の価値

日本食が日本人の健康や長寿の一因なのではないかとして、日本食に世界的な関心が集まっている。日本食は西洋の食事とは全く異なり、健康的な食事を追求する世界中の人々にとって模範とみなされることも多い。しかし、日本食は日本人の健康改善に本当に貢献しているのだろうか。伝統的な日本食と日本人の健康や長寿との間には関連はあるのだろうか。この一般的な仮説を証明するデータはあるのだろうか。

日本政府は1948年以降毎年、国民健康・栄養調査という全国的な栄養調査を欠かさず実施してきた¹。この間に調査方法が少し変更されたものの、1日または3日間の半秤量式食事記録法が継続的に使用されてきた。2004年以降、約9000人が毎年この調査に参加している。

日本では1960年から1975年にかけて食事の西洋化が著しく進み、平均脂質摂取量が20g/人/日から55g/人/日へと増加した。

この時期に、脳卒中および胃がん——当時の日本の二大慢性疾患——による年齢調整死亡率が低下し始めた^{2,3}。1950年代には一部地域の農民の塩分消費量が最大27g/人/日ときわめて高かったことを示す報告書もある⁴。国民栄養調査によれば、平均塩分摂取量は1972年までに14.5g/人/日にまで減少している。したがって、日本人の食事の西洋化はこの時期の健康リスクを減少させるのに役立ったと言えるだろう。それにもかかわらず、今なお、西洋人は主に脂肪摂取量が少ないという理由で日本の食習慣に魅力を感じている。しかし、データの示すところでは、1975年から2009年にかけて、全エネルギー摂取量に占める脂肪摂取量の割合が平均21%から26%へ漸増する一方で、冠動脈硬化性心疾患による年齢調整死亡率は減少している⁵。但し、飽和脂肪酸その他の脂肪酸の摂取量に関するデータがないため、食事の変化が死亡率の増減にどのような影響を与えたかを正確に説明

することはできない。

他の多くの国と同様に日本でも、1990年代の中頃から後半以降、糖尿病の疑いのある人が著しく増加している。しかし、この増加は、エネルギー摂取量が着実に減少した(2210 kcal/人/日から1861 kcal/人/日)1970年からデータが存在する直近の年である2009年までの時期に集中している。炭水化物摂取量(アルコールを含む)も同じ時期に減少している。したがって、糖尿病の疑いのある人の増加原因を過度のカロリー摂取または炭水化物摂取に求めることはできない。それよりもむしろ、日本人が高度に精白した米や精製したパンを主食として好んでいることを考えれば、食物繊維の低摂取やグリセミックインデックスの高さが糖尿病増加の原因である可能性がある。しかし、これらの変数についてはデータがなく、食物繊維が報告対象になったのは2001年になってからにすぎない。

有益と思われるデータが調査対象から除外されているというこれらの問題の他、調査データの大部分は行政に関連した仕事をしている研究者しか利用できない。さらに、利用可能なデータは未加工の元データではなくて、食品項目の編集といった加工後の集計結果である。調査の設計およびデータの質の管理に関する包括的な報告書がないため、データの質が保証されていないことも問題である。調査方法を改善するための取り組みはある程度はなされているものの、政府の報告書における調査方法の記述は不十分であり、データの質の管理については何も記載されていない。たとえば、回答者が食べた食事を計量しなかった場合には通常、標準的な1人分の量が用いられるが、その標準化の方法は公表されていない。その結果、たとえば、エネルギー摂取量が減少傾向にあると認識されているが果たして本当なのかどうかを報告書から判断する

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

ことはできない。減少幅が、データ収集方法の変更、過小申告など回答者の行動の変化、または回答者の年齢分布の変化によりバイアスがかかっている可能性があるからである。

この調査は従来、世帯を単位として実施されてきたが、現在は世帯内の食事量の計測と世帯構成員間で共有される食事の割合の概算を組み合わせた方法に変更され、個人の摂取量が推計されている。推計食事摂取量の妥当性は、結果に大きな影響を与えるにもかかわらず十分に検討されておらず、回答者の能力や共有される食事の多様性はまったく考慮されていない⁶。さらに重要なことは、解析対象の回答率や回答者の選定基準、解析対象者の身体組成または健康状態が報告されていないことである。栄養素に関しては、主要な脂肪酸の摂取量も、主要な炭水化物（ショ糖や果糖を含む）の摂取量も報告されていない。エタノール（アルコール）や水の摂取量も無視されている。その結果、この調査は、栄養・健康分野の証拠を築き上げることにはほとんど役立っていないであろう。現在の方法で実施され、報告され続ける限り、この調査が健康改善のために十分活用されることはないかもしれない。これは日本にとって、ひいては世界にとっても、深刻な損失である。

佐々木敏

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻社会予防疫学分野
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
stssasak@m.u-tokyo.ac.jp

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Katanoda K, Matsumura Y. National Nutrition Survey in Japan: its methodological transition and current findings. *J Nutr Sci Vitaminol* (Tokyo) 2002; 48: 423-32.
- 2 Liu L, Ikeda K, Yamori Y. Changes in stroke mortality rates for 1950 to 1997: a great slowdown of decline trend in Japan. *Stroke* 2001; 32: 1745-49.
- 3 Tanaka M, Ma E, Tanaka H, Ioka A, Nakahara T, Takahashi H. Trends of stomach cancer mortality in eastern Asia in 1950-2004: comparative study of Japan, Hong Kong and Singapore using age, period and cohort analysis. *Int J Cancer* 2011; published online March 21. DOI: 10.1002/ijc.26080.
- 4 Sasaki N. The relationship of salt intake to hypertension in the Japanese. *Geriatrics* 1964; 19: 735-44.
- 5 Ueshima H. Explanation for the Japanese paradox: prevention of increase in coronary heart disease and reduction in stroke. *J Atheroscler Thromb* 2007; 14: 278-86.
- 6 Iwaoka F, Yoshiike N, Date C, Shimada T, Tanaka H. A validation study on a method to estimate nutrient intake by family members through a household-based food-weighing survey. *J Nutr Sci Vitaminol* (Tokyo) 2001; 47: 222-27.

人間の安全保障と国民皆保険

人間の安全保障は多角的なコンセプトであり、日本の開発協力政策の礎石となってから10年以上になる。安全保障 (security) という考え方の中核にあるのは状況が悪化するリスクに対する保護 (protection) あるいは保険 (insurance) である^{1,2}。そこで人間の安全保障というコンセプトからは3つの問いが浮かび上がる。第1に、何を保護するのか。第2に、何に対する保険か。そして第3に、誰のための保障か。

1つ目の問いは何を守るのかを明確にするものである。人間の安全保障委員会は人間の安全保障を「人間の生にとってかけがえのない中枢部分を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること」と定義した³。人の生の中核はその人の幸福と主体性に深く関わっているが、この主体性は各人が目指す、今とは別の「存在や行動」を達成するための「潜在能力 (capability)」という面から理解するのが最善である⁴。このコンテキストで健康が特に重要な理由は2つある。まず人の幸福にとって健康は直接的な構成要素であること。そして人は健康があって初めて主体として機能できる、つまり自分が価値を見いだした目標や計画に向かって行動できるのである。この考え方は人としてきちんと機能できるかどうかという観点に立つもので、効用と所得に基づく経済的な幸福の観点ではない。これは人の主体性を中心とする見方であり、病気により人の力の及ぶ範囲も限られてしまうということである。われわれが何かするための能力はまず生きていくことが前提となるのだから、長く健康な生活を送れる能力そのものが、基本的な潜在能力と見られるべきである。

人間の安全保障についての2つ目の問いは何に対する保険かという点である。ここでの関心は人が潜在能力を発揮できるレベルより下に落ちないための保険であり、健康についていえば、受け入れ可能な最低限のレベルである。最低限

のレベルから下に落ちる可能性を左右するのは、その人がどれだけ脆弱であるか、つまりどれだけ大きなリスクに直面しているかということと、またそこで最低レベルに達するまでまだどれほどの余裕があるかということである¹。安全保障の欠如の極端なケースは、特定されたレベル以下に落ちてしまうことが決定的であり、その運命を避けるための手立てが存在しない状況である。

人間の安全保障への脅威は、たとえば2011年の地震、津波、そして福島第一原発の放射能漏れ事故など、自然災害や環境の大惨事からも起こりうる。その他にもHIV／エイズ、重症急性呼吸器症候群 (SARS)、薬剤耐性結核などの疾病の流行、個人的な事故や病気、1997年から1998年にアジア金融危機で見られたような景気の悪化、そして人々が直面する他のさまざまな危険も人間の安全保障への脅威となりうる^{3,5,6}。そしてこれらのリスクに対する脆弱性は場所、疫学環境、健康状態、経済的状况などを含む各人の状況に左右される。

人の健康には保健医療の他に、たとえば社会経済的状况や、行動、職業、食生活などさまざまな決定要因も関係する。しかし適切な保健医療へのアクセスは病気のリスク、特に重篤な病気から個人を守るためには不可欠な要素である。よって包括的な保健医療は健康促進と健康危機への対処という双方の面で重要である。たとえば命に関わるような重大な健康への危機があった場合、健康保険がなければ経済的困窮に陥る可能性があり、そうなればさまざまな面で人間の安全保障に影響する。

3つ目の問いは誰のための安全保障かということである。つまり人口のすべてか、それとも一部だけか。さまざまなアプローチでユニバーサルイズム (普遍主義) を擁護できるが、それらはすべて何らかの形で平等性、公正性、公平性に

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

オンライン論説参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61223-3

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

訴えるアプローチである。たとえばロールズの「原初状態 (original position)」における「無知のヴェール (veil of ignorance)」を使って、公平性を考えることができる⁷。無知のヴェールに覆われ、自分がどのような立場であるか、高額な治療が必要となる深刻な病気や健康問題に直面するかもわからない。そのような不確実性のなかで筆者が医療保険制度を選ぶとすれば、国民すべてが包括的にカバーされる制度を選ぶであろう。

人間の安全保障のコンセプトは幅広く複数の課題を含む。主要な課題の1つは人々の健康を守ることであり、そのために包括的な国民皆保険制度は必須である。よって国民皆保険は人間の安全保障の促進に直接的に貢献する。このことは日本にも世界の他の国にも同様にあてはまる。

2011年の地震による悲劇的な惨事とその後の対応は人間の安全保障に関する日本の関心を強く思い起こさせることとなった。これまで故・小渕恵三元総理大臣、国際協力機構 (JICA) の緒方貞子理事長、グローバルヘルス専門家の武見敬三氏、日本国際交流センターの山本正理事長など、日本の優れた政治家、官僚、学者が人間の安全保障というコンセプトを活用、発展させてきた^{3, 8-11}。50年間にわたり日本で国民皆保険が存在してきたこと自体、日本が人間の安全保障を優先させていることを示している。この数十年間、日本は基礎教育、社会保障、経済的セーフティネットなど他の面においても人間の安全保障を促進する政策をとってきた。国際的にも二国間援助や多国間政策を通じての発展途上国支援で、日本は人間の安全保障のコンセプトを指針としてきた。これまで日本の行動が示してきた通り、人間の安全保障の考え方はとても幅広い。これらの活動の総括となるのが国民皆保険に対する日本のコミットメントである。

スーディア・アナン

オクスフォード大学経済学部
英国オクスフォード OX1 3UQ
sudhir.anand@economics.ox.ac.uk

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Anand S. Economic security. Paper presented at Common Security Forum Conference, Oslo, Norway, July, 1992.
- 2 Anand S, Sen A. Concepts of human development and poverty: a multidimensional perspective. New York: United Nations Development Programme, 1997.
- 3 Commission on Human Security. Human security now: protecting and empowering people. 2003. <http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/English/FinalReport.pdf> (accessed July 15, 2011).
- 4 Sen A. Commodities and capabilities. Amsterdam: North-Holland, 1985. (アマルディア・セン『福祉の経済学 財と潜在能力』鈴木興太郎訳, 岩波書店, 1988年)
- 5 Sen A. Why human security? International Symposium on Human Security; Tokyo. July 28, 2000. <http://www.humansecurity-chs.org/activities/outreach/Sen2000.pdf> (accessed July 15, 2011).
- 6 Chen LC. Health as a human security priority for the 21st century. Human Security Track III. The Helsinki Process, Helsinki, Finland, Dec 7, 2004.
- 7 Rawls J. A theory of justice. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971. (ジョン・ロールズ『正義論』川本隆史他訳, 紀伊國屋書店, 2010年)
- 8 Obuchi K. Opening remarks. In: The Asian crisis and human security: an intellectual dialogue on building Asia's tomorrow. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 1999: 17-19.
- 9 Takemi K. Japan's perspective on humanity and security. In: Matsumae T, Chen LC, eds. Common security in Asia: new concepts of human security. Tokyo: Tokai University Press, 1995: 71-86.
- 10 Matsumae T, Chen LC, eds. Common security in Asia: new concepts of human security. Tokyo: Tokai University Press, 1995.
- 11 Yamamoto T, Yue CS. Foreword. In: The Asian crisis and human security: an intellectual dialogue on building Asia's tomorrow. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 1999: 7-9.

日本の自殺

日本の厚生労働省によれば、2009年の日本の自殺者数は3万707人（10万人当たり24.4人）であった¹。自殺者数が3万1755人と最多であった1998年以降（1997年は2万3494人）自殺者数は年間3万人を超えており、日本社会にとって深刻かつ喫緊の課題になっている。印象的なことに、失業率の増減と自殺率の増減の間には類似性がある²。図は、1985年から2009年までの自殺率と失業率の増減を示したものである。自殺率と失業率との間には有意の相関関係があった（ $p < 0.0001$ ）。失業率の上昇は、経済的苦境に陥り、長引く経済不況にまつわる心理的ストレスを抱えた人も増加しているかもしれないことを示している。さらに、銀行の小規模企業経営者への貸し渋りや、この貸し渋りによる1998年以降の倒産件数の増加も、高い自殺率の一因になったのかもしれない³。このマイナスの社会経済的背景が日本の自殺率推移に関連している可能性があるように思われる。

このような状況に対応して、日本政府は、カウンセリングプログラムや自殺予防教育などの施策を導入するとともに、これらの介入的施策の効果を評価するため研究調査事業を委託した。これらの施策の他にも、危険な場所への立ち入りや危険な薬物の入手を制限するための政府の社会的施策、並びに責任ある自殺報道に関するWHOのメディア指針の普及といった施策も実施されている。これらの施策は、都道府県レベルの地域自殺予防プログラムの成功に基づいていた⁴。地域社会への介入による自殺予防対策の効果を評価するために、日本では多くの学問的研究が行われている。たとえば、秋田県の6市町村における自殺予防モデル事業によれば、一次的・二次的・三次的予防手法を組み合わせた総合的な自殺予防の取り組みにより地域の自殺者数が着実に減少した⁵。秋田県では、抑うつや精神的不調に対処するための健康増進アプローチ

により、市民参加を重視したゲートキーパーが養成されており、このゲートキーパーが自殺に関する啓発活動に活用されたのである。さらに、精神福祉ボランティアの活動促進など、社会的孤立を防止するための活動も拡充された。このような取り組みの結果、対象地域の市町村の自殺率がほとんど変化しなかったのに対し、介入地域の市町村の自殺率は介入前（1999年）には10万人当たり70.8人／年であったものが、介入後（2004年）は10万人当たり34.1人／年にまで減少した⁵。

自殺率が一向に低下しないため、日本政府は2006年10月自殺対策基本法を制定し、国レベルの総合的自殺予防対策および自殺者の親族に対する広範囲の支援を義務づけた⁶。2007年6月に決定された自殺総合対策大綱⁷では6つの自殺防止基本方針が明記され、自殺対策基本法では9つの基本方針が規定されている⁸。

2010年3月と9月には、全国のテレビコマーシャルや広報活動を通じて、内閣府による自殺予防キャンペーンが実施された。キャンペーン後の2010年4月と10月の自殺者数は、キャンペーンがまったく実施されなかった2009年4月と10月に比べて、それぞれ7.3%/月、5.3%/月減少した⁹。減少幅は農村部よりも大都市のほうが小さかった。したがって、農村部と都市

2011年9月1日オンライン出版
DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6
オンライン・コメント参照
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

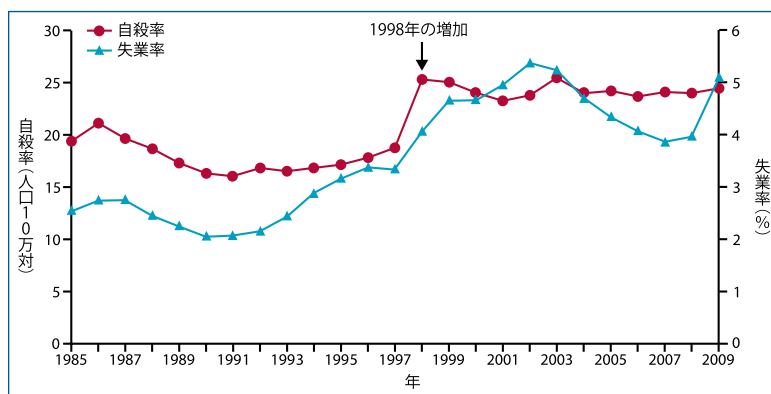


図 1985年から2009年までの日本の自殺率と失業率の年次推移

部の間のような差異に対する寄与要因をより理解するためには、自殺予防対策の効果を評価する前向きな介入研究を大都市において実施する必要がある。

精神疾患（抑うつ、統合失調症、アルコール依存症や薬物依存症を含む）により自殺のリスクがある人々に対する医療に関しては、2008年の自殺対策加速化プラン¹⁰が治療提供の枠組みの必要性に言及している。同プランでは、抑うつ患者は身体的症状を呈することが多いため、精神科医と医師の早期の適切な連携が必要であると強調している。さらに、うつ病とその偏見の除去に向けての進捗状況に関する一般国民の知識を高める取り組みを拡充すれば、うつ病患者の受診率の向上に役立ち、適切な精神科治療につながるだろう。家庭医がうつ病患者を専門医に紹介する制度も必要である。したがって、日本の自殺率を減少させるための鍵は、学際的かつ専門家同士の連携によるアプローチにより総合的な自殺予防対策を展開し、より幅広く実施することである¹¹。

本橋豊

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
motohasi@med.akita-u.ac.jp

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Japan Ministry of Health, Labor, and Welfare. Vital statistics of Japan 2009. Tokyo: Health and Welfare Statistics Association, 2011.
- 2 Kaga M, Takeshima T, Matsumoto T. Suicide and its prevention in Japan. *Leg Med* 2009; 11: S18-S21.

- 3 Watanabe R, Ogura Y, Saito T, Furukawa M, Nakamura R. Research report on socioeconomic factors affecting suicide. Kyoto: Kyoto University, 2006.
- 4 Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Community-based suicide prevention programs in Japan using a health promotion approach. *Environ Health Prev Med* 2004; 9: 3-8.
- 5 Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37: 593-99.
- 6 秋田大学医学部社会環境医学講座『Basic Law on Suicide Countermeasures (自殺対策基本法全文英訳)』秋田県公衆衛生学雑誌第4巻第1号83-86頁, 2006年.
- 7 内閣府『自殺総合対策大綱』2007年6月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当 自殺対策ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20081031taikou.pdf>) (2011年7月21日アクセス).
- 8 内閣府『自殺対策基本法の施行』2006年10月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当 自殺対策ウェブサイト (http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/bsc_law/index.html) (2011年7月21日アクセス).
- 9 内閣府『自殺対策白書』2011年6月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当 自殺対策 Home Page (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html>) (2011年7月21日アクセス).
- 10 内閣府『自殺対策加速化プラン』2008年10月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当 自殺対策ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>) (2011年7月21日アクセス).
- 11 本橋豊, 渡邊直樹『自殺は予防できるーヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動』すびか書房出版, 2005年.

日本の保健医療専門家教育——今こそ変わるべき時

日本にある 80 の医学部・医科大学のうち、明確な医師養成目的を掲げているのは、地域医療のための医師養成を目指している自治医科大学、自衛隊のための医師養成を目指している防衛医科大学校、産業医の養成を目指している産業医科大学の 3 校のみである。他の 77 校(国立 42 校、公立 8 校、私立 27 校)は伝統的な教育方法で保健医療専門家を養成している。この伝統的な教育システムでは研究重視の第三次医療機関が中心となっており(多くの場合大学病院がヒエラルキーの頂点に位置している)、第一次・第二次医療施設を含めた地域医療教育プログラムを進展させることにはほとんど関心がない。保健医療専門職種間¹の教育や専門職種を越えた教育²(非専門的保健医療従事者を含む)は、まだ緒に就いたばかりである。

日本は保健医療の成果が優れていることで知られていて、このことは、強力なプライマリ・ケアシステムに支えられていると思われるかもしれない。しかし、実態はそうではない。日本のプライマリ・ケア医の大部分は標準的な定義によればプライマリ・ケア医とはいえない。³さらに、ゲートキーパー、すなわち総合診療医としての訓練を十分に受けたプライマリ・ケア医が不足しているため、プライマリ・ケアのレベルで十分診療可能な疾病の場合でも、第二次や第三次医療施設を受診する事態になっている。患者にとっては、どの医師の診療でも自由に受けられるといった状況のため、日本のプライマリ・ケアシステムの欠陥はこれまで顕在化してこなかった。しかし、人口の高齢化や医療費の増加により、このシステムの非効率性が徐々に明らかになりつつある。また、特に 65 歳以上の高齢者層で徐々に医療格差が生じてきており、低所得のため適切な医療を十分に受けることができない人が出てきている⁴。効果的なプライマリ・ケアシステムの欠如は、こうした格差をさ

らに悪化させるおそれがある。プライマリ・ケアの重視は、そのような不平等を緩和する 1 つの処方箋となるだろう⁵。本『ランセット』日本特集号の他の論考で提言された、医療の効果・効率を高めるための改革は、プライマリ・ケアの改革に焦点があてられなければ無駄になるだろう。

日本でプライマリ・ケア専門医が不足しているのは、歴史的・政治的経緯によるところが大きい。日本では、大部分の医療施設が低コストで気軽に利用できるため、これまでプライマリ・ケアの役割の拡充に与する世論が高まったことがない。日本では、米国のミリス報告⁶などのような、総合的・継続的医療を提供する医師の養成へと医学教育を転換することを強く支持する革新的報告が提出されたこともない。1980 年代初めに(当時の)厚生省がプライマリ・ケア研修のための海外留学支援制度を開始し、プライマリ・ケアへの新たな取り組みを促進しようとしたが、政治的な影響力を持つ日本医師会の強力な反対にあった。当時の日本医師会は開業医が中心で、プライマリ・ケア改革が診療報酬削減につながることを恐れ、現状維持を望んだのである。さらに 2004 年に日本家庭医療学会——家庭医療の導入を試みる少人数の医師達のグループ——が 3 年間で家庭医を養成する公式なプログラムを導入するまでは、医学生および医学部卒業生を総合診療医および家庭医として養成する教育制度は存在していなかった。われわれの調査(未公表)によれば、日本にある 80 の医学部・医科大学のうち、総合的臨床・教育・研究を担う母体たりえる総合診療学科または家庭医療学科があるところは 53 校にとどまっている。また、2011 年現在、日本の認定家庭医は 200 名に満たない。

一方、プラスの面を見てみると、2010 年に創設された日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA)

2011 年 9 月 1 日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61189-6

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

の設立があげられよう。JPCA は、今では日本最大の総合診療医の学術団体である。JPCA は、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会が合併してできた組織で、プライマリ・ケアに関心をもつ人のための共通プラットフォームを提供するとともに、家庭医の認定も行っている。今後10年間のJPCAへの期待は高い。医学研究におけるプライマリ・ケアの重要性を強調して今日本でどのような医師が必要とされているのかを明らかにするとともに、国家の保健医療政策の方向性を近年のWHO報告書⁷に沿ってプライマリ・ケアへと変えていくべきである。

日本の保健医療システムが他国のモデルになるためには、プライマリ・ケアを専門分野として認定することと、この専門分野を国家の保健医療政策の優先事項として重視することが最も重要である。この施策を支えるためには、すべての医学部・医科大学に総合診療学科を創設すべきである。そのことによって、総合診療医と家庭医が、地域の保健医療関係者と連携して初期診療・長期的な患者中心医療・包括的医療を提供する訓練を受けることが可能になるだろう。また、この施策を重視すれば、病院勤務医を受診する必要性が少なくなり、ひいてはその負担が軽減され、日本の保健医療体制はもっと効率的になるだろう。

伴信太郎, マイケル・D・フェターズ

名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻総合診療医学, 〒466-8560 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65 (伴)

ミシガン大学家庭医学部・日本家庭医療プログラム,
米国・ミシガン (フェターズ)
nobuban@med.nagoya-u.ac.jp

本稿執筆に当たり、ゴードン・グリーン、スーザン・ハバードの協力を得た。

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Japan Society for Medical Education. Proceedings of the 43rd Annual Meeting of the Japan Society for Medical Education. <http://www.med-gakkai.org/jsme2011> (accessed July 27, 2011).
- 2 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
- 3 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 4 Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7: 1330–41.
- 5 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502.
- 6 Millis JS. The graduate education of physicians. The report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1966.
- 7 WHO. The world health report 2008—primary health care (now more than ever). 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed May 28, 2011).

日本における保健医療政策策定のための科学と総意形成

日本は、第二次世界大戦及び朝鮮戦争終結後の1955年に2つの保守政党を統合することで政治的安定を達成し、この安定を利用して経済成長を実現してきた。その結果、社会的便益と費用を客観的に比較考量するのではなく、税金を山分けすることで主要な政治集団を満足させる相互依存体制が登場した。この体制は繁栄の時代にはうまくいった。しかし、高齢化が急速に進み、巨額の財政赤字を抱え、経済成長が鈍化している今日において、日本は政策決定過程を改革して社会全体の利益を実現していく必要がある¹。

科学的根拠に基づく政策手法は保健医療分野において解決策になりうるのだろうか。答えは部分的にはイエスである。このような政策手法は、いくつかの要素が必要である。第1に、利用可能な科学的根拠（今ある選択肢に関する最もよく考えられ、客観的で、バランスがとれて有用な情報）に基づいて保健医療政策を決定するための方向性である。それによって、科学的根拠が存在しない場合よりも、より幅広い合意形成が促される。第2に、さまざまな利害関係者間、そして一般国民との合意形成を可能とする環境を整えること。第3に、偏向した政治あるいは利益団体からの不当な影響に対する防護策を導入すること。しかし、科学的根拠に基づく政策手法はすべての課題を解決するものではなく、また、必ずしもいつも正しい答えを提示するわけではない。それは、それは、研究資金だけではなく、適用可能な科学的根拠、研究環境、結果の解釈により左右される。日本のこれまでの政策決定で科学的根拠に基づいていなかったものがすべて間違っていたわけではない。しかし、科学的根拠に基づく手法を採用した方が、保健医療政策の方向性が適切なものとなる可能性は高い^{2,3}。

いかに適切な保健医療政策を策定するかはグ

ローバルな課題であり、日本にとって参考になる優れた事例はいくつかある。オランダの健康保険制度は高く評価されている⁴。しかし、この制度は一夜にしてつくられたものではなく、1980年代に策定された原則に基づいて、いくつかの政権が実施してきた一連の改革の成果である。オーストラリアの医薬品給付システム（Australian Pharmaceutical Benefits Scheme）には、研究統合手法と費用効果分析に基づく政策策定の長い歴史がある⁵。しかし、このような政策策定の方法は、事実上すべての医薬品を輸入に頼り、国内製薬会社という強力な利害関係者が少ない国では政治的に受け入れられやすい手法である。コクラン共同計画は、世界中の研究者が保健医療に関する質の高いレビューを行う場を提供している。コクラン共同計画は政治的決定から意図的に切り離されており、保健医療政策決定者にとってコクラン・レビューが何ら明確な指針にならないことも多い。英国の国立医療技術評価機構（NICE）（著者注）は労働党政権が設立した。NICEは、政策策定方法の一環として、幅広い利害関係者への意見聴取や多分野横断型アプローチ、患者や一般国民の参画を通じて合意形成を行なっている。米国医学研究所（IOM）はまた別のモデルを提示している。保健医療政策の方針の基礎となる合意形成研究において、同研究所は利益相反を避け、あらゆる偏向を明らかにし、科学と実証に基づいた結論・提言を示すために大いに努力している。

もし日本が政治的に中立で科学的根拠に基づく保健医療政策を策定する組織を新設するのであれば、主に2つの要素が必要になるだろう。政策を策定するための質の高い方法論（質の高い比較研究の統合、タイムリーかつ正確な疫学データ、決断分析、明確な手続きを伴った合意形成・実施戦略・監視サイクルなど）と、主要な利害関係者（専門家団体、患者団体や医療消

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2 and DOI:10.1016/S0140-6736(11)61189-6

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8 and DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

費者、政府関係者、企業など）に政策の必要性を伝える一方で、その既得権益を政策につながる科学的根拠の評価から分離しておくガバナンス構造の2つである。

このような新組織は、公的資金によって運営されていても、政府から独立しているべきである。新しい組織は透明性と利益相反管理の原則により運営され、情報の普及とコミュニケーションを重視すべきである。重要なことは、研究を行う際の中立的立場と科学的根拠に基づくことを維持する一方で、課題を設定し、科学的根拠に基づく解決の実施を進めていく際には、すべての主要利害関係者を巻き込んでいくような組織を設立することである⁵。

1つの根本的懸念として、こうした保健医療政策分析に必要な専門性を持つ人材の不足がある。日本には、2009年の時点でコクラン・レビューに貢献したことのある研究者は55名しかおらず、費用効果分析を施行できる医療経済学者はほんの一握りしかいない。新しい政策諮問機関の可能性が発揮されるには、専門能力をより一層開発していく必要があるだろう。

日本が急速な高齢化、巨額の財政赤字、経済成長の減速という未曾有の課題を克服するつもりならば、保健医療政策の決定過程に新しい価値観を取り込む必要がある。日本は、しかるべき利害関係者の見解を取り込むガバナンスを備え、利害対立の影響を受けない、科学と根拠に基づいた方法論が確実に取られる方針・手続きを有する半官半民の組織を新設することで、より科学的根拠に基づく保健医療政策策定を実現することができる。この組織は、各利害関係者の代表者が参加した監視機能を持つ評議会的機

構と、利益相反を伴わずに目的を達成する実践的機構という2層構造を持つべきである。

森臨太郎, 武見敬三, ハーベイ・V・ファインバーグ
一般社団法人国際母子保健研究所, 〒166-0014 東京都杉並区松ノ木1-13-10 (森)
公益財団法人日本国際交流センター (武見)
米国医学研究所 (IOM) (ファインバーグ)
rintaromori@gmail.com

利益相反がないことを宣言する。

- 1 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- 2 Dobrow MJ, Goel V, Upshur REG. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc Sci Med* 2004; 58: 207-17.
- 3 Niessen LW, Grijseels EW, Rutten FF. The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Soc Sci Med* 2000; 51: 859-69.
- 4 Exter A, Hermans H, Dosljak M, et al. Health care systems in transition: Netherlands. 2004. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95136/E84949.pdf (accessed April 10, 2011).
- 5 Chalkidou K, Tunis S, Lopert R, et al. Comparative effectiveness research and evidence-based health policy: experience from four countries. *Milbank Q* 2009; 87: 339-67.

著者注：我が国においては一般的に、NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) の邦訳として「国立医療技術評価機構」が用いられているため同訳を採用したが、2004年の公衆衛生分野への拡張による名称変更や、NICEの業務を考慮すると、適切な訳ではないため、注意を促したい。

災害時循環器リスク予防ネットの開発

2011年3月11日に日本の東北地方を襲ったマグニチュード9.0の東日本大震災では、直後に津波が発生し、犠牲者は現在までに1万5538人の死者、7060人の行方不明者となっている。1995年の阪神淡路大震災を機に発足した災害派遣医療チームはすぐに活動を開始した。しかし2011年の今回の災害の特異性により、阪神淡路大震災時と比べてその活動は困難を伴い、現状では復旧復興のプロセスの見通しもたえず、長期化すると予想される^{1,2}。過去の同じような災害の経験から、被災者が急性外傷や感染症に加えて循環器疾患や精神疾患といった慢性疾患を患うことが予測される³。

脳卒中や心筋梗塞に代表される大きな循環器疾患は、災害時の被災者に多く見られる疾患であり、災害が起こった数カ月間にわたって身体に影響を及ぼす。阪神淡路大震災の震源地近くの地域では、循環器疾患（心筋梗塞や発症後24時間以内の心臓突然死）や脳卒中の発症頻度が震災後3カ月にわたって上昇傾向にあった^{4,5}。さらに、どの地域においても、循環器疾患発症の頻度が地震による被害の程度と相関関係にあることがわかった^{4,5}。災害は交感神経の活性化と急性リスク因子の増悪による相乗作用により、循環器疾患を発症する引き金となる^{6,7}。特に災害を経験している時とその後の期間は、恐怖体験によって交感神経が活性化し、不眠症によって食塩感受性が高くなる、あるいはサーカディアンリズムの障害が引き起こされ、血圧が高くなる⁷。

東北地方で津波の被害に遭った地域には、日本で最も高齢化が進んでいる地域が多く、高血圧症や糖尿病を有する人の割合が多い。そしてこれら地域の住民は、高度な設備を使う保健医療サービスにアクセスできないことも多い⁸。2011年の大震災は空前の大災害であるため（地震、津波、原発危機）、被災者がもともと患って

いた高血圧や糖尿病が悪化し、循環器疾患のリスクが高まるかもしれない^{9,10}。こうした懸念にもかかわらず、震災から2カ月経っても被災者の健康状況の迅速かつ組織的な評価は行われていなかった。ロジスティクスな面で難しいということもあるが、そうした備えがなかったこと、そして政府、地方自治体、医療業界、NGOやボランティアグループ間の調整が図れなかったことなどが要因としてあげられる⁸。調整が図れないまま被災地で行われた小規模な調査の事例が何件かあったが、被災者を対象とした調査が倫理的であるのかという論争や論議を巻き起こした¹¹。

災害に関連した循環器疾患のリスクをより詳細に評価し、発症リスクを軽減するために、筆者はこれまでの研究^{4,7,12}を踏まえ、インターネットを用いたウェブ上の災害時循環器リスク予防（Disaster Cardiovascular Prevention = DCAP）システムを立ち上げ、東日本大震災の被災者への適用を開始している。DCAPシステムでは循環器疾患のリスクが高い被災者を見つけるためにリスクスコアを計算する方法を採用し、予防策を呼びかけている。最初のDCAPスコア評価は2011年5月に南三陸町、石巻市、気仙沼市の避難所で暮らす386人の被災者を対象に、循環器疾患の発症と死亡を抑制する目的で実施された。筆者らはリアルタイムでのフィードバック調査を実施し、被災者にDCAPリスクスコアシートを記入してもらってから、予防方法のスコアシートに基づく行動を実施するよう指導した。

筆者らは食生活、睡眠の質、血圧のコントロール、体重といった予防要因において低い評価結果が出た人たちに着目した。血液検査と尿検査の結果を分析したところ、被災者の多くが塩分摂取過多であり、さらに血液凝固が亢進し、血糖値が高いことがわかった。こうした調査により、被災している他の地域でも、速やかに被災

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61187-2

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

者の健康状態をモニターするシステムを導入する必要性が示された。筆者らは今後も調査対象となった被災者の健康状態をフォローアップし、循環器疾患の予知という側面でスコアの信頼性と有効性の分析のために DCAP のスコアを活用していく。

東日本大震災後の困難な状況にあって、DCAP ネットが被災者の循環器疾患リスクを評価するモニタリング機器を提供したことで、参加する医療機関は被災者に対して予防策を講じることができる。また DCAP のスコアに基づいて保健師が血圧コントロールを指導することもできる。こうしたシステムは他の疾患にも適用することが可能であり、多分野に渡る従来の医療施設を中心としたケアと津波で被災した地域のプライマリ・ケアとの融合を促すものとなる。また、ヘルスケアに従事する機関のネットワーク構築は、孤立しがちな被災者を力づけ、連帯感を促進することとなるだろう。

今後、被災地域の復興計画に DCAP ネットが融合されることを希望する。東北地方を孤立した地域ではなく、日本の将来の保健医療システムのパイロットモデルケースとして捉え、新しい技術を取り入れた革新的なプライマリ・ケアにより患者、医療従事者、地域社会が連携することで保健医療サービスと研究開発とが融合されることを期待する。この唯一無二のネットワークが、より効果的な被災者の循環器保護に貢献し、さらには必ずしも医療サービスやヘルスケアがすべての人に行き渡っていないような世界の他の地域でのプライマリ・ケアのモデルになり得ると信じている。

苅尾七臣, 西澤匡史, 星出聡, 新保昌久, 石橋幸滋, 國井修, 渋谷健司

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 自治医科大学循環器内科 (苅尾, 西澤, 星出, 新保)
宮城県本吉郡南三陸町公立志津川病院内科 (西澤)
東京都石橋クリニック (石橋)
日本プライマリ・ケア連合学会 (石橋)

元長崎大学熱帯医学研究所 (國井)
東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室 (渋谷)
kkario@jichi.ac.jp

本コメントは一部東京大学の支援を受け、文部科学省の助成を受けている。

利益相反がないことを宣言する。

- 1 The Lancet. Japan: health after the earthquake. *Lancet* 2011; 377: 968.
- 2 McCurry J. Japan's slow recovery. *Lancet* 2001; 378: 15-16.
- 3 Mokdad AH, Mensah GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engalgau MM, and the Chronic Diseases and Vulnerable Populations in Natural Disasters Working Group. When chronic conditions become acute: prevention and control of chronic diseases and adverse health outcomes during natural disasters. *Prev Chronic Dis* 2005; 2: A04.
- 4 Kario K, Ohashi T, on behalf of the Tsuna Medical Association. Increased coronary heart disease mortality after the Hanshin-Awaji earthquake among the older community on Awaji Island. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 610-13.
- 5 Kario K, Ohashi T, on behalf of the Tsuna Medical Association. After major earthquake, stroke death occurs more frequently than coronary heart disease death in very elderly subjects. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 537-38.
- 6 Kario K, Matsuo T, Kobayashi H, Yamamoto A, Shimada K. Earthquake-induced potentiation of acute risk factors in hypertensive patients: possible triggering of cardiovascular events after a major earthquake. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 926-33.
- 7 Kario K, McEwen BS, Pickering TG. Disasters and the heart: a review of the effects of earthquake-induced stress on cardiovascular disease. *Hypertens Res* 2003; 26: 355-67.
- 8 Shibuya K, Hashimoto H, Ikegami N, et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2.
- 9 Pickering TG. Mental stress as a causal factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. *Curr Hypertens Rep* 2001; 3: 249-54.

-
- 10 Inui A, Kitaoka H, Majima M, et al. Effect of the Kobe earthquake on stress and glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 1998; 158: 274-78.
 - 11 Japanese Ministry of Health, Labour, and Welfare and Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology. Statement on surveys and research in disaster-affected areas, May 16, 2011. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/hisaichi/jimurenraku.html> (accessed July 28, 2011).
 - 12 Kario K, Shimada K, Takaku F. Management of cardiovascular risk in disaster: Jichi Medical School (JMS) proposal 2004. *JMAJ* 2005; 48: 363-76

日本：国民皆保険達成から 50 年 1

なぜ日本国民は健康なのか

池田奈由, 齋藤英子, 近藤尚己, 井上真奈美, 池田俊也, 佐藤敏彦, 和田耕治, アンドリュー・スティックリー, 片野田耕太, 溝上哲也, 野田光彦, 磯博康, 藤野善久, 祖父江友孝, 津金昌一郎, モーセン・ナガヴィ, マジッド・エザティ, 渋谷健司

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

オンライン論説参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61223-3

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61220-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61189-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61187-2

日本は戦後、世界一の長寿社会を短期間のうちに達成した。本稿では、入手可能な最善のデータを駆使し、何が過去 50 年に日本国民の健康を向上させたのかについて検討した。戦後の日本では、1950 年代から 1960 年代初めにかけて感染性疾患による死亡率が急速に低下した。脳血管疾患以外の非感染性疾患による死亡率は、1950 年代に既に、他の先進諸国と比べても高くなかった。1960 年代半ば以降、非感染性疾患による成人死亡を抑えるために、一次のおよび二次的な地域公衆衛生対策が実施され、また、国民皆保険制度を通じて最先端医療技術の利用が拡大したことを背景に、脳血管疾患による死亡率が大幅に低下し、国民の健康は改善を続けた。さらに、平等な教育機会および医療へのアクセスを反映して、国民の平均的な健康状態の改善とともに健康格差が減少したと考えられる。このように、戦後の健康転換において日本は成功を収めた。しかし現在の日本は、急速な高齢化に伴う健康問題、保健医療技術で対処できない疾患、社会的格差による影響といった新たな問題に直面している。

序論

20 世紀の日本は、国民の健康水準を大幅に改善して世界一の長寿社会を実現し、世界の注目を集めた。国民の健康水準の向上は、第二次世界大戦前にすでに始まっており、乳児死亡率は 1920 年代から低下を見せ始めていた¹。この背景の 1 つに、無償義務教育の実施がある。20 世紀初めには、ほぼすべての女兒が小学校に通うようになり、母親の教育水準と識字率が上昇したのである²。しかし、国民の健康改善が顕著になったのは、第二次世界大戦後である。日本は敗戦により壊滅状態となり、1950 年の 1 人当たり国内総生産 (GDP) は、2005 年国際ドル換算で約 3,400 ドルにすぎなかった (表)。この数字は、現在のインドと同等である (ガキドウ E, ワシントン大学保健指標評価研究所, 私信)。国民の健康状態も芳しくなく、1947 年の日本人の平均寿命は、男性 50 歳、女性 54 歳であった⁵。

1950 年代後半に日本は高度経済成長期に突入し、平均寿命はかつてない速さで上昇を始め、

主要論点

- ・第二次世界大戦前に無償初等義務教育と社会保険制度が成立し、1961 年には早くも国民皆保険を実現、人々が平等に健康増進活動に参加する環境が整備された。
- ・均質で平等主義の日本社会においては、地域や社会経済グループ間の健康格差は非常に小さく、それは国民の平均的な健康水準の向上とともにさらに縮小してきた。ところが 1990 年代から次第に所得格差が拡大し、社会経済的な健康格差の減少傾向にも歯止めがかかっている。
- ・戦後、政府の強力な管理責任の下、主要な公衆衛生介入手段への投資が積極的に進められたことを背景に、1950 年代から 1960 年代前半にかけて、5 歳未満の子どもと 60 歳未満の成人の感染性疾患による死亡率が低下し、日本人の平均寿命は急速に延びた。
- ・1960 年代半ば以降は、減塩キャンペーンなど国民レベルの啓発運動とともに、降圧剤など費用対効果の高い医療技術が国民皆保険もあって普及し、血圧の管理が改善した。その結果、脳血管疾患による死亡率が低下し、日本人の平均寿命はさらに延び続けた。
- ・現在の日本では、喫煙と高血圧が非感染性疾患による死亡の主要な危険因子である。日本国民の平均寿命をさらに延ばすためには、これらを含めた心血管危険因子を取り除く努力が必要である。自殺の防止も、重要な健康課題の一つである。
- ・生存率の改善に伴い人口の高齢化が急速に進んだことで、日本の保健医療制度は財政基盤と医療・介護の質という問題に直面している。国民の福祉向上のためには、意思決定と現場の双方から、医療と介護の効果的な連携を図っていく必要がある。

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61048-9

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

本稿は全6本からなる日本特集号「日本：国民皆保険達成から50年」の第1稿目である。

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室
(池田奈由, 齋藤英子, アンドリュウ・スティックリー, 渋谷健司教授)

山梨大学大学院医学工学総合研究部・医学部社会医学講座 (近藤尚己)

独立行政法人国立がん研究センターがん予防・検診研究センター予防研究部 (井上真奈美, 津金昌一郎)

国際医療福祉大学大学院薬科学研究所 (池田俊也教授)

北里大学医学部北里臨床研究センター (佐藤敏彦教授)

北里大学医学部衛生学公衆衛生学 (和田耕治)

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報統計部 (片野田耕太, 祖父江友孝)

独立行政法人国立国際医療研究センター国際保健医療研究部 (溝上哲也)

独立行政法人国立国際医療研究センター病院糖尿病・代謝症候群診療部 (野田光彦)

大阪大学医学部公衆衛生学教室 (磯博康教授)

産業医科大学公衆衛生学教室 (藤野善久)

ワシントン大学保健指標評価研究所 (モーセン・ナガヴィ)

インペリアル・カレッジ公衆衛生学部疫学・生物統計学教室 MRC-HPA 環境・保健センター (マジッド・エザティ教授)

連絡先：
113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室
教授 渋谷健司
shibuyak@m.u-tokyo.ac.jp

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
1人当たりGDP (2005年国際ドル)	3415	6249	13734	18545	26926	29396	31129	31329
GDP成長率 (%) ³	NA	12.0 †	4.3	2.8	5.6	2.9	1.9	-5.2 ‡
総人口 (千人) (4)	82199	93189	103710	115915	122251	125720	126393	126536
65歳以上の人口 (%) (4)	4.9	5.7	7.0	9.0	11.9	17.2	19.9	22.7
合計特殊出生率 (4)	3.0	2.0	2.1	1.8	1.5	1.3	1.3	1.4 §
女性平均寿命 (歳) (5)	61.5	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	85.5	86.4
男性平均寿命 (歳) (5)	58.0	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.6	79.6
総医療費 (%GDP) (6)	NA	3.0	4.5	6.4	5.9	7.7	8.2	8.5 ¶

GDP=国内総生産 NA=データなし。*ガキドウE, 米国シアトルのワシントン大学保健指標・評価研究所, 私信。†1961年のGDP成長率。‡2009年のGDP成長率。§2010-15年の合計特殊出生率(中位推計)。2008年の総医療費。

表：1950～2010年の日本における人口的・社会経済的特徴

20～30年のうちに多くの先進国を追い越してしまっ(図1; 図2)。1986年からは、日本人女性の平均寿命は世界第1位を占め、2009年には86歳に到達した⁹。健康寿命も2007年に第1位であった(男性73歳, 女性78歳)¹⁰。一方で、合計特殊出生率は低く、日本の総人口に占める65歳以上の割合が過去60年間で4倍に増大して2010年に23%に達し⁴、世界でも高齢化の進んだ国民となった。それでも、日本の医療費はGDPの8.5%にとどまっており、2008年の経済協力開発機構(OECD)加盟国中、第20位であった⁶。

いったい何が、日本国民の健康を改善させたのであろうか。いかにして、世界最長の平均寿命を実現したのであろうか。日本は果して、今後も高い健康水準を維持できるのであろうか。短期間で日本国民が健康長寿社会を達成した背

景を理解することは、世界の保健医療政策、ひいては健康改善が難航する国々の保健医療政策にとって、きわめて重要である。最初の2つの問いについては、日本の生活様式における次の3つの側面から説明するのが、直観的で分かりやすいかもしれない。第1に、日本人は日常生活のあらゆる側面で衛生に気を配っている。これには、文化、教育、気候(湿度や温度など)、環境(豊富な水資源や米食など)、他者に会う前に心身を清める神道の古い伝統などが、複雑に絡み合って影響しているのかもしれない^{11, 12}。第2に、日本人は健康意識が高い。定期健康診断を受けるのは普通であり、学校、職場、地域の誰もが健康診断を受けることができる。人間ドック(パネル1)はビジネスマンの間で普及しており、数日ほど医療機関に滞在して全身の健康診断を受ける。第3に、日本食は栄養バランス

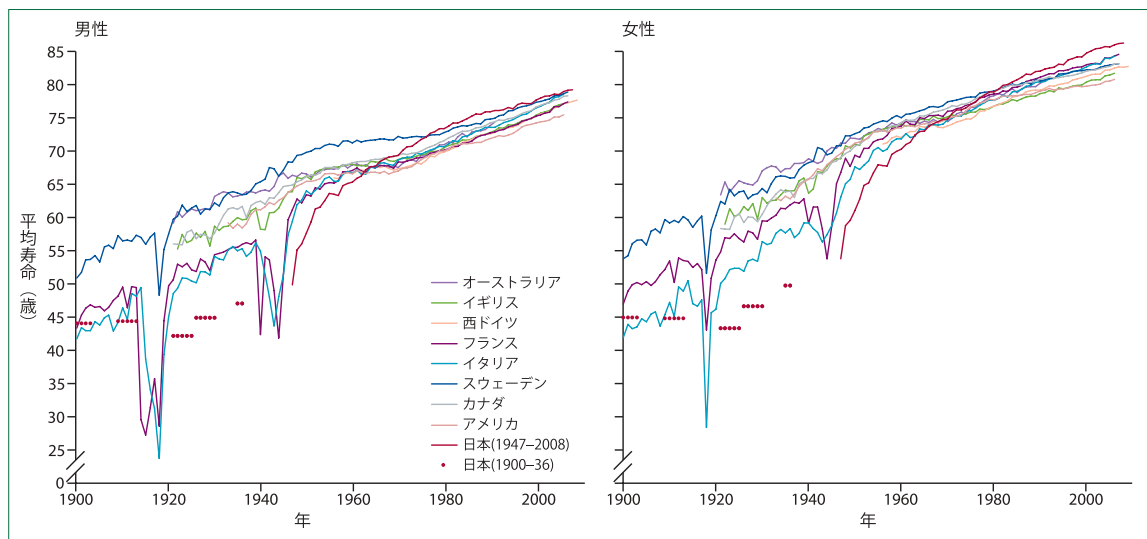


図1 1900～2008年の平均寿命の推移

資料:カリフォルニア大学バークレー校・マックスプランク人口研究所、厚生労働省⁸より作成

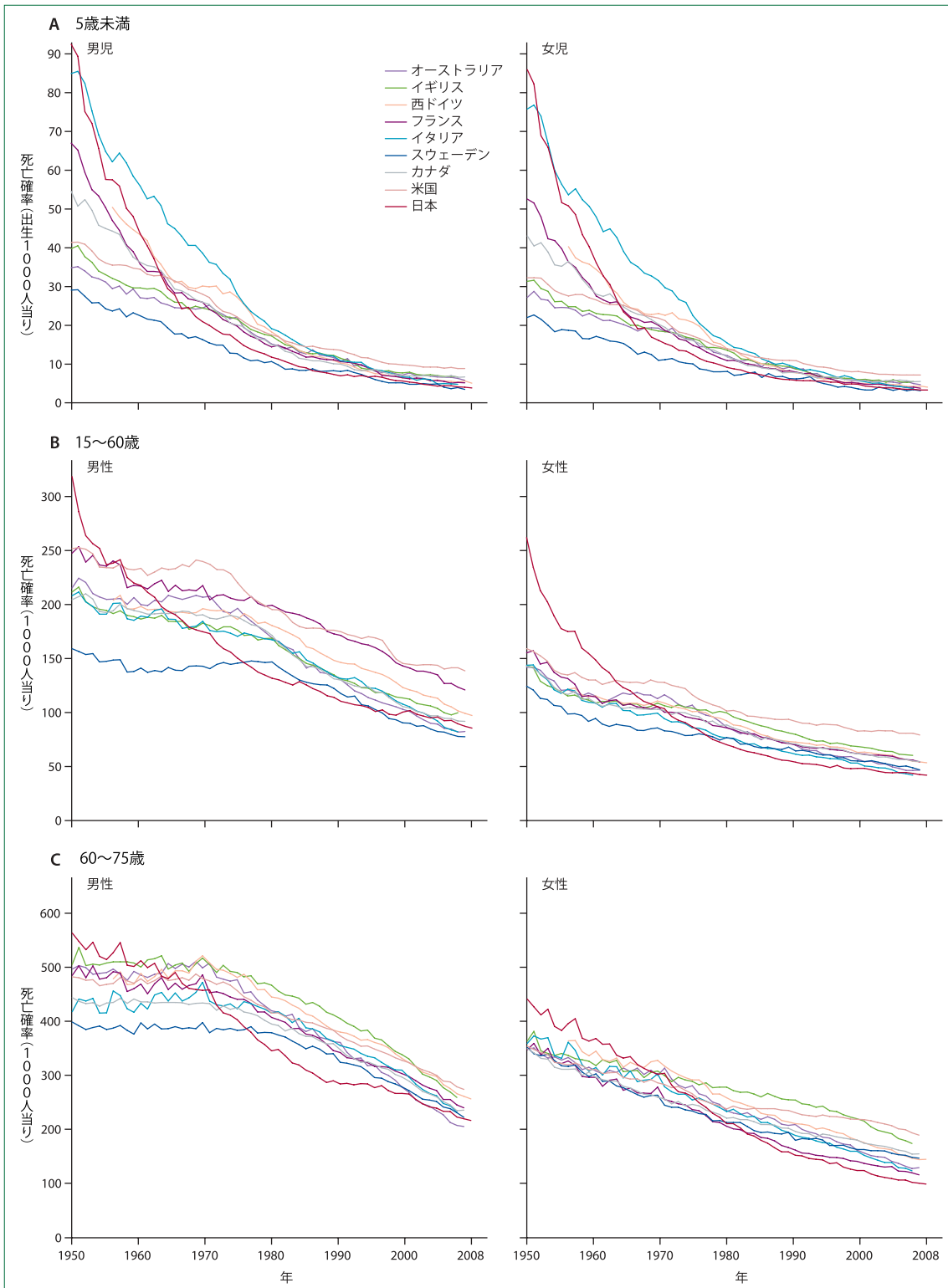


図2 1950~2008年の日本と他の先進8か国における死亡確率の推移
資料:カリフォルニア大学バークレー校・マックスプランク人口研究所より作成

パネル1：人間ドック

人間ドックは、日本独自の総合的な健康診断システムであり¹³、1954年に東京の病院で初めて実施された。当時の人間ドックは続けて6日間入院しなければならず、公務員の初任給の3～4か月分に相当する費用がかかったため、財界や政界のリーダーしか利用することができなかった。自動血液分析装置や他の検査機器が進歩して費用が下がり、入院期間も日帰りや1泊が主流になった。現在、約1500の医療施設で年間約300万人が人間ドックを受けていると推定されている。人間ドックの利用が急速に普及したのは、一部の企業が従業員の健康状態を確保するためにその費用を負担したことがきっかけであった。

人間ドックでは、問診と検査の後に行われる面接が重要視されている。1～2日間で、受診者は血液検査、尿検査、検便、X線検査、超音波検査といった一連の検査と、病歴や生活習慣に関する医師の問診を受ける。

人間ドックは、肥満、高血圧、高血糖、脂質異常、高尿酸血症などの危険因子をコントロールすることにより、脳血管疾患および心血管疾患の一次予防に貢献している可能性がある。また、早期がんなどの疾患を発見することにより、二次予防としても重要な役割を果たしている可能性がある。1988年に開始されたMRIによる脳ドックは、全国的に普及しており¹⁴、また、早期がんを発見するためのPETスキャンにも注目が集まっている。しかし、人間ドックの費用対効果については、疑問視されている。

に優れており、日本人の食生活も過去50年の経済成長と並行して改善されてきた^{15,16}。

ただ、以上のような健康的な生活様式は、日本人の生活の一面にすぎない。現在の日本は、人口および社会的構造の著しい変化に伴って、重要な健康問題に直面している。人口の高齢化は急速に進行しており、2050年には、総人口は2005年の1億2800万人から9500万人に減少し、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は40%に達すると予想されている¹⁷。1990年代初めからの政治停滞と景気後退が長期化し、不平等感が増している。また、西洋型の食事や座りがちであり動かない生活に移行したために、過体重と肥満の問題も深刻化している。成人肥満の割合（4%）は他の先進国よりもかなり低い⁶、30～59歳男性の約3分の1はやや肥満または肥満である¹⁸。さらに、日本の典型的なサラリーマンの勤労生活は決して健康的である

とはいえない。週6日、朝から夜遅くまで働くことも多く、日々のストレスを解消するために、喫煙や飲酒といった不健康な行動に出る人や、極端な場合では自殺を図る人もいる。過労死も深刻な社会問題である。こういった人口的・社会的問題を含む状況の下で、日本国民の健康と福祉を守るための最善の方法とは、一体何なのであろうか。

『ランセット』日本特集号におけるこの最初の論文では、第二次世界大戦後の日本国民の健康改善に焦点を当て、入手可能な最善のデータを分析し、何が日本国民の健康を向上させたのかという問題について検討する（データ出典についてはパネル2を参照）。まず、死亡率と死亡分布を概観し、長寿の要因を評価する。そして、国民の健康を脅かす危険因子や社会的健康決定要因の評価を行い、日本の今後の課題に言及する。それとともに、過去50年間の日本の経験から得られる世界への教訓を考える。

5歳未満の子どもおよび60歳未満成人の死亡率

戦後60年間（1950～2010年）の日本国民の平均寿命の伸びのうち約4割は、1950年代から1960年代前半にかけてのものである（表）。この時期の平均寿命の延長は、5歳未満の子どもおよび60歳未満成人における死亡率の大幅な減少を反映している。5歳までに死亡する確率は、1950年には出生1000当たり80人を超え、他の先進国に比べ非常に高かったが、1965年には出生1000当たり20人まで減少した（図2）。15歳に達した者が60歳に達しないで死亡する確率も、他の先進国に比べてかなり高かったが減少し、1965年までには一部の先進国に追いついた。5歳未満死亡率の低下によって、平均寿命は男性で4.1年、女性で4.3年伸び、60歳未満成人死亡率の低下により、男性で3.1年、女性で4.0年伸びたのである（ウェブ上の補遺p3）。

5歳未満の子どもの健康改善に寄与したのは、消化器や呼吸器の感染症、ワクチンで予防可能

な疾患を抑え込んだことである。結核以外の感染性疾患による5歳未満の年齢調整死亡率は90%減少し、これにより平均寿命は男性で2.2年、女性で2.4年延びた。新生児死亡も減少し、新生児疾患の年齢調整死亡率は1953年から1970年の間に男児で10万人当たり990人から173人へ、女児で10万人当たり772人から133人に減少した（ウェブ上の補遺p 7）。この新生児疾患の死亡率減少により、平均寿命は男女ともに1.0年延長した（ウェブ上の補遺p 3）。

5歳未満の子どもにおける結核以外の感染性疾患の死亡率の減少と同等の影響をもたらしたのが、60歳未満成人における結核死亡率の減少であった。60歳未満成人の結核死亡数は、1950～1965年に95%減少し（ウェブ上の補遺p 8）、平均寿命は男性で2.4年、女性で2.3年延長したのである（ウェブ上の補遺p 3）。

以上に示された1950年代から1960年代前半にかけての死亡率の減少は、終戦後の公衆衛生分野への投資拡大を反映している。日本政府は、終戦後10年間に32の保健医療関連法を成立させ²⁵、再独立までの6年間にアメリカ占領軍と協力して地域公衆衛生への介入を拡大した²⁶。水道普及率や主要な母子保健介入の使用率は、急速に改善した（ウェブ上の補遺p 10）。戦前にすでに高い水準にあった母親教育や保健医療施設供給の後押しもあり、安全な飲料水へのアクセスや施設分娩といった子どもの生存に必須の介入手段を効果的に提供することができた²⁷。さらに、胸部X線検査やストレプトマイシンなどの結核診療が1952年に無償化され²⁸、結核の発症は1961年から1977年まで毎年11%ずつ減少した²⁹。本特集の第2稿³⁰で詳述されているように、戦前、健康保険の適用率はすでに国民の約70%に達しており、結核の治療薬やワクチンといった新しい介入手段へのアクセスを容易にしたのである。

非感染性疾患による死亡率

感染性疾患への取り組みが成功した後も、日

パネル2：データソースと方法

死亡率の推移

1950年以降の日本における死亡率の推移を分析するため、生命表と死因別死亡データを用いた。生命表は、米国カリフォルニア大学バークレー校とドイツのマックスプランク人口研究所の研究者が作成したHuman Mortality Databaseから入手した⁷。また、1950～2008年の死因別死亡データは、厚生労働省¹⁹、および米国シアトルのワシントン大学保健指標・評価研究所（ナガヴィ M, 未発表）²⁰から入手した。日本には、1899年から完全な人口動態登録制度がある。人口動態登録からの死因情報ではあるが、心停止、心不全、老衰といった定義が曖昧な死因や原因不明の死因が含まれており、偏り（バイアス）が生じる可能性がある。そこで、ナガヴィらが作成したアルゴリズム²¹を用いて、死因を再区分し、改訂版国際疾病分類（ICD）との整合性をチェックした。そして、ノルティとマッキー²²が最初に提案した「医療で対処可能な死因」のうちの主なものをリスト（ウェブ上の補遺p 1）から抽出し、解析に用いた。

健康格差

地域間の健康格差の傾向を分析するため、1985年から2005年までの5年間隔の市区町村別平均寿命データを用いた²³。市区町村は、日本で平均寿命データを入力できる最小行政単位である。サンプル数は、1985～2000年が3307～3354、2005年は1963であった。2005年にサンプル数が激減したのは、2000年以降に市町村合併が実施されたためである。さらに、1980年から2005年までの5年毎に実施された人口動態職業・産業調査データを用いて、労働人口（30～59歳）における年齢調整全死因死亡率の社会経済的格差の推移を分析した。個人の社会経済状況の指標としては職業を用いた。1985年の日本人人口を標準人口として用い、10万人当たりの死亡率を標準化した²⁴。職業別人口データは、5年毎に実施される国勢調査の集計表から入手した^{17,24}。

本人の平均寿命は着実に伸び続けた。男性と女性の平均寿命の伸びはそれぞれ、1965～1980年に5.7年と5.9年、1980～1995年に3.0年と4.0年、1995～2008年に3.3年と2.9年であった（図1）。15歳から59歳まで、および60歳から74歳までの間に死亡する確率は低下し、1980年までに先進国の中で最も低い国の1つになった（図2）。

1950年、脳卒中の死亡率は他の先進国に比べて非常に高く、年齢調整死亡率は男性で10万人当たり363.1人、女性で326.5人であった。一

方、悪性新生物（がん）と虚血性心疾患の死亡率はすでにかなり低く、それぞれ男性で10万人当たり163.8人と143.4人、女性で137.8人と124.8人であった（ウェブ上の補遺 pp 11-13）。戦後間もなく悪性新生物と虚血性心疾患の死亡率がすでに低かったことは、日本国民の健康転換における特徴の1つであるが、その理由は判明していない。血中脂質と血糖値が比較的良好なことや、肥満度が全体的に低かったこと、食生活やアルコール摂取量が適切だったことも可能性として挙げられている³¹。実際に、Ni-Hon-San 研究^{32,33} およびホノルル心臓プログラム（Honolulu Heart Programme）³⁴の結果から、日系アメリカ人（移民1世）は、日本に居住する日本人よりも虚血性心疾患を発症する可能性が高く、脳血管疾患を発症する可能性が低かったことが明らかになり、疾患リスクを判断する上で遺伝子的背景よりもむしろ生活様式が重要である点が注目された³²⁻³⁴。

前節で述べた感染性疾患への取り組みが成功した後も、日本人の平均寿命は延び続け、男性と女性の平均寿命の伸びはそれぞれ、1965～1980年に5.7年と5.9年、1980～1995年に3.0年と4.0年、1995～2008年に3.3年と2.9年であった（図1）。15歳に達した者が60歳に達しないで死亡する確率、および60歳に達した者が75歳に達しないで死亡する確率は低下し、1980年までに先進国の中で最も低い国の1つになった（図2）。このように1960年半ば以降も平均寿命が延び続けたのは、非感染性疾患による死亡率が低下したことが大きな要因である。1965～1980年に、非感染性疾患の成人死亡率が低下し、特に60～74歳における脳血管疾患死亡率の低下により、平均寿命は男性で1.1年、女性で1.0年延長した（ウェブ上の補遺 p 4）。75歳以上女性における脳血管疾患死亡率の低下も、女性の平均寿命延長（0.9年）に寄与した。1980～1995年には、脳血管疾患死亡率の低下傾向は減速する一方で、60～74歳の虚血性心疾患死亡率は着実に下がり続けた（ウェブ

上の補遺 p 9）。その結果、脳血管疾患死亡率は引き続き寿命延長の主要な決定要因であったが、虚血性心疾患死亡率低下の影響が特に高齢女性で顕著に見られ、さらに75歳以上女性の死亡率低下により、女性の平均寿命が2年以上延長した（ウェブ上の補遺 p 5）。1995～2008年では、年齢及び死因別の死亡率変化が寿命延長に及ぼした影響に、男女間で差はなかった（ウェブ上の補遺 p 6）。

ところで、日本国民の平均血圧は、1960年代後半に低下を始めた^{19,35,36}。その主な要因として、高血圧患者の降圧剤服用率の上昇と、塩分摂取量の低下を含む生活様式の改善が考えられる³⁸。この傾向は、脳血管疾患死亡率が改善した時期とほぼ一致している。また、高血圧に関連する脳血管疾患による死亡数は、遅くとも30年前から減少傾向にあると推定されている³⁷。

日本政府は、1969年に高血圧と脳血管疾患の予防・管理対策を発表し、1982年にはそれを全国規模に拡大した。対策には、血圧測定による高リスク集団のスクリーニング、高血圧診療への国民健康保険の適用、食塩摂取量の減少やその他の生活習慣関連要因の改善のための健康教育の実施が含まれていた。この戦略の下で、労働安全衛生法（1972年）と老人保健法（1982年）が制定され、年1回の健康診断を含む一次予防と二次予防の提供が義務付けられた。こうした国民全体へのアプローチは、国民皆保険の下でプライマリ・ケアへのアクセスが良くなったことが相俟って、特に脳血管疾患の罹患率や有病率の抑制に寄与したと考えられる³⁹。また、現在、45～54歳の日本人男性の70%以上が少なくとも年1回、健康診断を受けている⁴⁰。

食塩摂取量の減少は、日本国民の健康改善のために非常に重要な課題である。日本人中年男性の1日当たり平均食塩摂取量は、1950年代に30グラムであったが1980年代には14グラムに減少した⁴¹。これには、塩漬けから冷凍へといった食品保存技術の向上が大きく貢献した可能性が高い¹⁶。以上の結果は、人口レベルのア

アプローチも、現代の医療技術の進歩と利用拡大も、ともに日本国民の平均寿命改善に効果的であったという主張を、ある程度裏付けている。

文化的背景

日本国民の長寿の原因は、保健医療へのアクセスだけでなく、文化的背景もあるかもしれない。マーモットとスミスは、個人や集団との関わり方が日本国民の長寿の一因となっている可能性があるという仮説を立てた⁴²。さらに、数々の先行研究から、日本の地域社会における強い結束が、精神的健康、歯の健康、身体機能の改善に関連しており、所得格差が及ぼす悪影響を緩和している可能性が指摘されている⁴³。また、50年以上に及ぶ平和と政治的安定も、日本国民の健康に間接的に寄与している可能性がある。

健康格差

均質的で平等主義的な日本社会では、強力な教育政策や、雇用安定のための公的・非公的規制、国民皆保険が実施されてきた。都道府県別の平均寿命の格差は、第二次世界大戦前からすでに縮小傾向にあり、1970年代にはきわめて小さい水準に達した²。しかしながら、地方レベルで見た間接的なエビデンスによると、日本の北東部の県の平均寿命は、南西部の県よりも短い可能性がある⁴⁴。北東部の県では、生活様式、保健医療資源、社会経済的状態との関連性が示された高血圧や糖尿病の有病率が高く、このような危険因子の保有状態における差が影響している可能性がある。ただし、われわれの解析によると、市区町村別の平均寿命の標準偏差は、1985年から2005年まで男性で約1.0、女性では約0.8で推移し、米国の郡レベルの平均寿命の標準偏差（男性2.0～2.5、女性1.5～2.0）に比べて小さかった⁴⁵。

男性の全死因死亡率の職業間格差は、1960年代初めから1980年代後半にかけて減少した（サービス業労働者と農林水産業労働者を除く）²。われわれの追加解析では、死亡率の社会経済的

格差の減少傾向は1990年代初めまで続いたが、管理職と専門職の死亡率は1990年代後半に上昇しており、これは1997年のアジア経済危機と時期的に重なっている（ウェブ上の補遺p14）。

1970年代初めまで続いた高度経済成長期には所得格差が縮小し、死亡率の急速な低下に寄与した可能性が指摘されている⁴²。1990年代まで国民の90%以上が自分は中流階級であると考えていたが⁴⁶、それはいまや昔の話である。過去20年に渡る日本経済の後退によって所得格差は拡大し、OECD加盟国の平均レベルまで広がった⁴⁷。1990年代までは縮小傾向にあり非常に小さかった健康格差も²、近年は拡大傾向にあり⁴⁸、社会経済格差の傾向と一致している。

国民の健康に関する課題

平均寿命の延伸

日本における死因の上位3位は悪性新生物と心疾患、脳血管疾患であり、0歳児が将来これら3疾患で死亡する確率は5割を超える⁵。したがって、日本人の寿命をさらに延ばすには、これら非感染性疾患による死亡を予防しなければならぬ。先端医療技術の活用は生存率改善のための有望な戦略ではあるが、健康を長期的に向上させていくためには、根底にある危険因子を国民全体で改善することが重要である。

われわれの研究で、日本における予防可能な危険因子を比較評価した結果、2007年の非感染性疾患と傷害による成人死亡の2つの主要な決定因子は、喫煙と高血圧であることが判明した（図3）³⁷。研究対象となった非感染性疾患と傷害による死亡83万4,000件のうち、喫煙は12万9,000件、高血圧は10万4,000件に関連していた。禁煙により回避可能な死亡数に関しては、共同コホート研究から同様の結果が報告されている⁴⁹。さらに、われわれの研究結果から、全成人が禁煙すれば、平均寿命は男性で1.8年、女性で0.6年延長し、また、国民の収縮期血圧の分布が、国民の健康に与える悪影響を最小限に留める水準まで低下すれば、男女とも0.9年

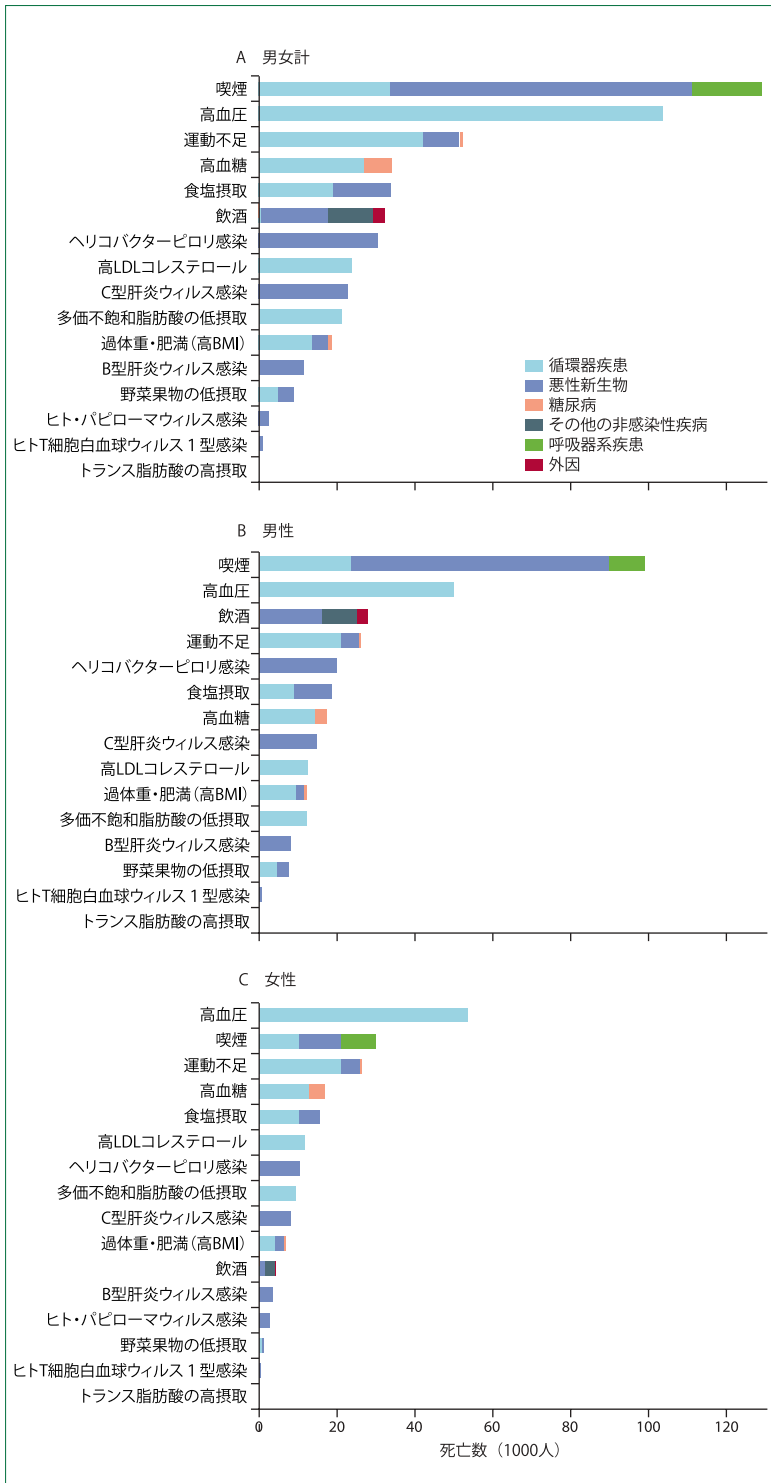


図3 2007年の我が国における危険因子に関連する非感染症疾病と外因による死亡数
資料：渋谷健司³⁷⁾より作成

延長していたであろうと推定された³⁷⁾。

日本では、喫煙が健康に有害な影響を及ぼすことは広く認知されているものの、喫煙は一般的であり、若い世代の男性の喫煙率は約50%に上り、女性の間にも広まってきている¹⁸⁾。2003年に施行された健康増進法は、公共の場での喫煙及び受動喫煙の予防を推進しており、全国的に遵守されつつある。しかし、地方自治体の中で喫煙規制政策の進展に差があり⁵⁰⁾、強制力のある(受動喫煙等の防止に関連する)規制法の全国的な施行は達成されていない。最も人気のあるたばこ銘柄の小売価格は2008年時点で3.3米ドル(300円)であり、高所得国における平均価格(5.0ドル)に比べかなり安かった⁵¹⁾。こうした喫煙者を利する状況は、かつてたばこ税が政府の主要財源の1つであったことをある程度反映している⁵²⁾。さらに、われわれの研究から、喫煙の健康への悪影響が高齢層で蓄積しつつあり、喫煙関連の死亡率が最近数十年で増加傾向にある可能性が指摘されている³⁷⁾。今後数十年に渡ってその増加を食い止めるためには、有効な政策介入手段を実施する必要がある。特にたばこのさらなる価格値上げによる喫煙規制の重要性を再認識し、たばこ製品の消費を抑制し、禁煙を促進していく必要がある。

前述のように、日本国民の平均血圧は、過去40年あまりの間で低下した。しかし、血圧管理状況はまだ不十分であり、高血圧患者のうち薬物療法によって血圧が有効に管理されている者は、5分の1に満たない³⁷⁾。そこで、地域保健や臨床診療において、高血圧の早期発見や生活習慣の修正、有効な薬物治療の実施への取り組みを強化することにより、循環器疾患による死亡率を低下させ、国民の平均寿命をさらに延長できる可能性がある。これに関連して、外来診療で効果的な治療を実施し、患者のコンプライアンスを確保するためには、医師の継続的な医学教育を通して、一般診療における標準臨床ガイドライン⁵³⁾の一層の浸透を図っていくことが重要である(これについては本特集の第3稿で

検討する⁵⁴⁾。

国民の健康をさらに増進するためには、喫煙や高血圧のみならず、高血糖、運動不足、飲酒、過体重・肥満、食塩の高摂取といった他の危険因子の改善も必要である。われわれの研究から、複数の循環器疾患危険因子の管理によって、死亡リスクが減少し、平均寿命をさらに延ばすことが可能であると推定されている³⁷⁾。メタボリックシンドロームをはじめとして複数の危険因子による相乗的作用を抑制するためには、包括的な予防介入を実施し、生活習慣や食事の改善、降圧剤使用の拡大等を同時に進めていく必要がある。先行研究から、日本人は遺伝的にやや肥満になりやすく、糖尿病を発症しやすい可能性が示唆されており^{55,56)}、現在の肥満になりやすい社会環境において、包括的予防介入の余地は特に大きいと考えられる。政府は、医療費の増大を背景に、2008年から40～74歳の国民に年1回の健康診断とメタボリックシンドロームの予防を中心とした健康教育を受けることを義務付けた⁵⁹⁾。しかし、こうした健康診断の有効性は、まだ証明されていない。

日本では、他の東アジア諸国と同様に、ウイルスや細菌の感染に起因する悪性新生物による死亡が多い⁵⁸⁾。われわれの研究結果から、2007年における胃がんによる死亡3万1,000件がピロリ菌感染に関連していたことが示されている³⁷⁾。また、肝がんによる死亡2万3,000件がC型肝炎ウイルス感染と関連しており、70代、つまり1930年代前半を中心に生まれた集団に集中していたことも示されている³⁷⁾。C型慢性肝炎は日本では肝がんの主要な原因であるが⁵⁹⁾、1935年生まれのコホートの後からC型肝炎ウイルスの感染率が減少しており、このウイルスによる疾病負担は今後減少すると予想される。ピロリ菌の感染率はかなり高いが⁵⁸⁾、1955年以降に出生した集団では低下しており⁶⁰⁾、これに起因する胃がんによる疾病の負担は将来減少すると考えられる。

自殺の予防

自殺予防は、日本国民の健康に関する主要な課題の一つである。自殺死亡者数は1997年から急増し、1998年から毎年3万人を超えている(図4)¹⁹⁾。自殺は早世の一因であり、社会に深刻な影響を与える。2006年までに、約300万人が家族を自殺により亡くしたと推定されている⁶¹⁾。自殺者のうち約70%が男性で、50%が失業中、40%が45～64歳である⁶³⁾。労働年齢の男性が自殺を図る主な動機は、うつ病を始めとする精神障害や事業の失敗、失業、借金である⁶⁴⁾。

自殺死亡率の傾向は、1990年代初めから続く日本経済の低迷、特に1997年のアジア経済危機後の経済・社会不安の増大に関連している可能性がある⁶⁵⁾。労働年齢の男性における失業率は、1991年の2.0%から1997年に3.4%、2003年に5.5%へ上昇した⁶⁶⁾。さらに、1990年代後半に雇用契約に関する規制が緩和され⁶⁷⁾、主な雇用形態が過去の高度経済成長を支えた終身雇用から移行し、労働環境が大きく変化した。男性労働者における非正規雇用の割合は、1991年の9%から2000年代後半には約19%に増加した⁶⁶⁾。政府は自殺の蔓延に対して、2006年に自殺対策基本法を施行し⁶⁸⁾、続いて包括的な自殺対策指針(自殺総合対策大綱)を決定したが、その効果はまだ顕著ではない。

罹病と障害の減少

日本人は単に長寿だけでなく、身体・精神的機能もまた優れているのであろうか。世界では、人口の高齢化に伴い有病率が上昇する一方で、障害は減少していることが、先行研究から示唆されている⁶⁹⁾。日本では、障害率の傾向は年齢によって異なる可能性が、先行研究から示唆されている。たとえば、日本の高齢者人口を代表する標本を用いた研究から、65歳以上の障害率は1990年代に減少したことが報告されている一方で⁷⁰⁾、他の研究では100歳以上で障害率が増加していることが報告されている^{71,72)}。

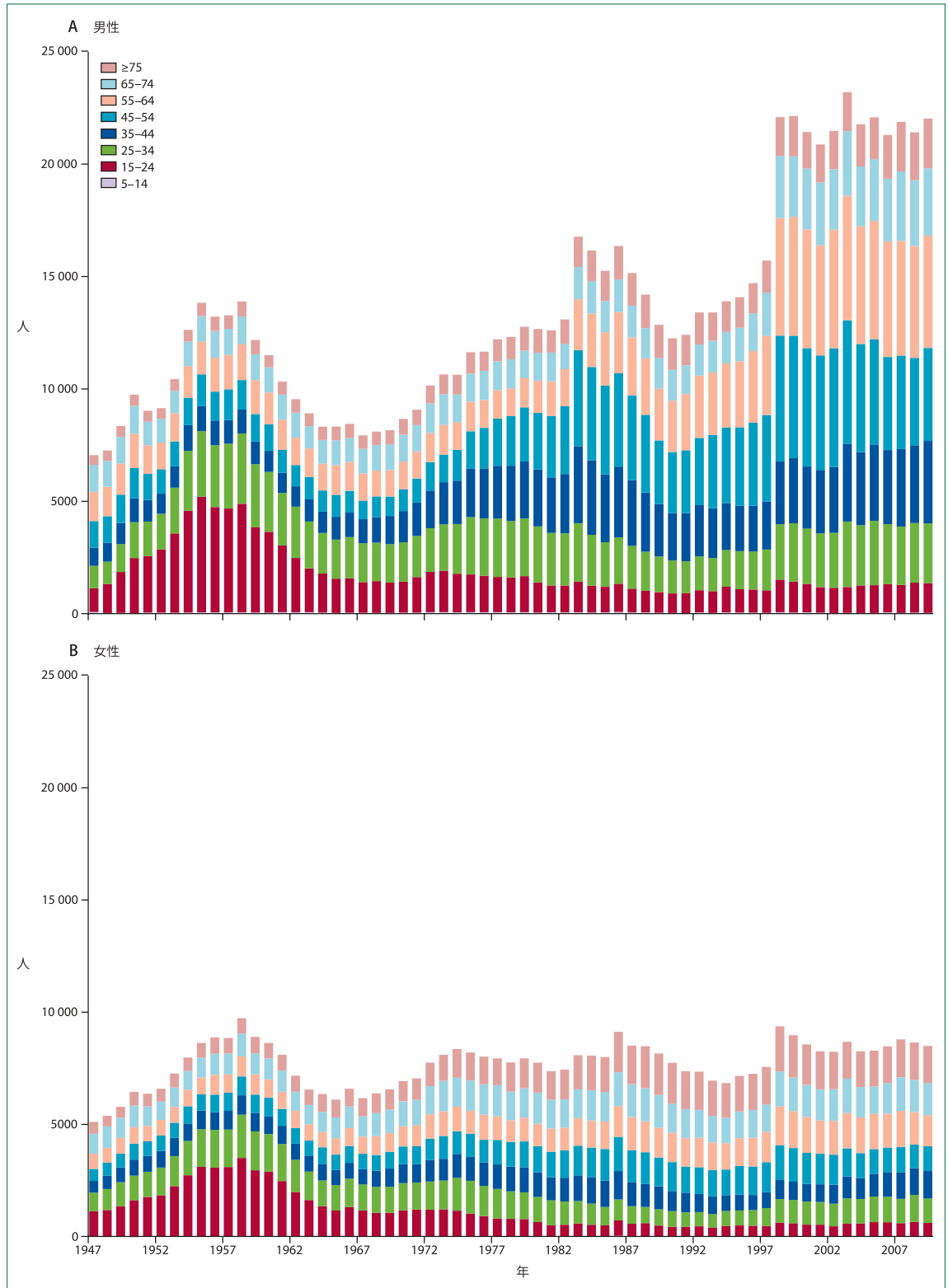


図4 1947～2009年の我が国の年齢階級別自殺死亡者数
資料：厚生労働省⁶²より作成

さらに、国民生活基礎調査のデータを用いた研究から、国民の身体・精神機能に関する健康状態は1995～2004年の間に悪化した一方で⁷³、有病率は1984～1995年に減少したものの、1990年代後半にその傾向は反転し2004年まで悪化を続けたことが示されている⁷⁴。しかし、国民生活基礎調査は回答者の自己申告に基づいており、質問や回答選択肢は国民の身体的・精神的健康状態に関して信頼できる測定値が得られるほど詳細に設計されていない。したがって、国民の障害や罹病に関して有効で信頼でき、国際的に比較可能なデータを収集するためには、調査デザインの改訂を含めた国の情報インフラの改善が急務である。

医療と介護

高齢者死亡率は、過去60年間でかつてない速さで低下し⁷⁵、日本国民の平均余命の急速な延長に寄与した。日本人女性の60歳時における平均余命は、1950年には16.4年であったが2007年には28.1年まで延び、80歳時における平均余命も5.5年から11.4年へと大きく延びた（ウェブ上の補遺p2）。他の先進国では、過去20年間の平均余命延長率は停滞しており、日本の高齢者の平均余命が例外的に改善していることに注目が集まっている。

しかし、高齢化社会において医療の性質も変化しつつあり、もはや医療では管理できない疾患による死亡の割合や、健康に対して日本社会が抱える懸念も増加している。国民の福祉増大のためには、医療と介護のより密接な連携を図る必要がある（本特集号の第4稿で詳述⁷⁶）。

世界への教訓

戦後の日本の経験は、社会経済的発展が遅れている国においても、国民の健康増進が可能であることを示している。1950年代初めの日本の国民所得は低かったが、主に子どもの生存に必須な介入の拡大と結核診療の無料化を通じて、平均寿命が大幅に延び始めた。この時期に国民

の健康改善を推進する原動力となったのは、新しい日本政府が強力な管理責任を持って保健部門における大規模な構造改革を実施し、経済成長の早期段階で公衆衛生への介入・投資を優先させたことである。

世界的潮流として、国民皆保険に向かうべきである。脳卒中による死亡の減少は、1960年代中期以降、日本国民の平均寿命が延び続けたことの大きな要因であった。また、減塩キャンペーンなどの人口レベルの介入や、国民皆保険の下での降圧剤の服用率増加により、血圧のコントロールが改善した。医療とその他の社会的要因（例えば所得、教育、栄養、衛生）の双方が改善し、相互に作用することで、死亡率を減少させることが可能である。一方、この減少は、個人、場所、疾患の種類によって変わることがある^{77,78}。世界の成人死亡率に関する最近の研究から、(1)社会経済的発展、(2)保健医療へのアクセスの向上と保健医療技術の進歩、(3)豊かさ病(diseases of affluence)の3つが特定された⁷⁹。これらのうち、国民皆保険の下で費用対効果の高い医療を手ごろな価格で提供し、利用を拡大したことが、間接的に脳血管疾患による死亡を減少させ、日本国民の平均寿命が延び続けたことの大きな要因の一つとなった。現在、保健医療の財政基盤やリスクをプールする仕組みを健康保険によって構築し、費用対効果の高い介入を拡大する健康戦略が世界で実施されているが⁸⁰、日本国民の健康増進における成功と課題から学ぶことのできる教訓は、この戦略を肯定するものである。

平等主義的な日本社会では、20世紀初頭に無償初等義務教育、戦前に社会保障制度、さらに1961年に国民皆保険が達成され、健康増進機会を均等に提供するという環境の整備が進んだ。国民の健康の平均値が向上するとともに、地域や社会経済グループ間の健康格差も縮小し、非常に小さい水準で推移してきた。こうした経験から、単純に国民の平均的健康指標を高める取り組みだけでは十分ではない可能性が示唆され

る。平均寿命における地域・社会経済的格差が最も小さい国々の多くは、平均寿命が世界で最も長い国々なのである⁶⁹。したがって、保健医療制度の目標には、平均値を上げるだけでなく、健康格差を最小限に抑えることも含まれる⁸¹。グローバル化と経済格差の拡大が進む中で、日本を含む多くの国々で健康格差が懸念されている。日本が過去60年間で実現したことを他国が達成するには、人々が平等に健康増進活動に参加するための環境整備が必要なのである。

現在の日本では、国民の健康に関する課題が山積している。喫煙や高血圧、メタボリックシンドロームといった非感染性疾患の主要な危険因子のコントロールは、今後の日本国民の平均寿命延伸のために重要である。また、自殺による早世の防止も重要な問題であり、これには労働市場の安定化や精神保健事業の推進・改善等を含めた社会における包括的対応が必要となる⁸²。一方で、生存率の改善に伴う急速な人口高齢化により、日本の保健医療制度における財政基盤や医療・介護の質に関する課題も生じている^{30, 54, 76}。さらに、2011年3月11日に発生したマグニチュード9.0の東日本大震災によって生じた津波災害や原子力発電所事故も、将来に渡って国民の健康に影響を与える可能性があり、モニタリングと評価が必要である。これらの課題に対して、日本はどのように対応していくべきであろうか。このランセット日本特集号では、本稿に続く5つの論文で政策の選択肢を検討する。現在または将来において同様の問題に直面するであろう他の国々が、各々の状況に応じた政策を決定する上での一助となることを願っている。実際にこのランセット日本特集号では、日本が国民の長寿を達成するために、過去50年に渡りさまざまな健康課題の変化を独自の方法でいかに克服してきたのか、日本の経験がどのようにしてグローバル・ヘルスに携わる人々の重要な情報源となり、地理的、社会的、文化的、政治的障壁を超えて世界中の人々の健康問題の理解と改善に貢献できるのかという点

に注目する。

各著者の貢献

著者は全員、研究構想、報告書のデザイン、データ解析、及び結果の解釈に貢献した。池田奈由、齋藤英子、近藤尚己、渋谷健司は、初稿を執筆した。井上真奈美、磯博康、マジッド・エザティは、系統的レビューを行った。池田、齋藤、近藤、磯、池田俊也、佐藤敏彦、アンドリュー・スティックリー、渋谷は、原稿の執筆と重要な改訂を行った。著者は全員議論に貢献しており、最終原稿を確認及び承認した。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

本研究の資金の一部は、ビル&メリンダ・ゲイツ財団および米国中華医学基金会から、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学研究推進事業））（課題番号H22-政策-指定-033）、および日本学術振興会科学研究費助成事業（科学研究費補助金（基盤研究（B）））（課題番号22390130）からの研究助成を受けた。著者が公表している見解や意見は、著者個人の立場で個人の責任において表明したものである。今野弘規氏と山縣然太郎氏には貴重な支援を、アマルジャルガル・ダグワドルジ氏、李菁華氏、佐々木八十子氏、メンゲル・ワン氏、ウィンディ・ワリキ氏には技術的支援を、また山本正氏及び鈴木智子氏には運営上の支援を賜り、ここに深く謝意を表す。

引用文献

- 1 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成19年人口動態統計』東京：厚生統計協会，2009年。
- 2 Hasegawa T. Japan: historical and current dimensions of health and health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001: 90-103.
- 3 World Bank. World development indicators. 2010. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (accessed Dec 25, 2010).
- 4 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision population database. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed Aug 1, 2011).
- 5 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成22年簡易生命表の概況』2011年7月発表，厚生労働省Homepage (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/index.html>) (2011年7月28日現在)。
- 6 OECD. OECD health data 2011: statistics and

- indicators. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 7 University of California at Berkeley, Max Planck Institute for Demographic Research. Human mortality database. <http://www.humanmortality.de> (accessed Oct 25, 2010).
 - 8 厚生労働省大臣官房統計情報部『第20回生命表(完全生命表)』東京:厚生統計協会, 2007年.
 - 9 WHO. World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
 - 10 WHO. World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
 - 11 Horiuchi S. Major causes of the rapid longevity extension in postwar Japan. *Jpn J Popul* 2011; 9: 162-71.
 - 12 Ohnuki-Tierney E. Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view. New York: Cambridge University Press, 1984.
 - 13 Yamakado M. Taking stock of the Ningen Dock. *Highlighting Japan* 2010; 4: 10-11.
 - 14 日本脳ドック学会—脳ドックの新ガイドライン作成委員会—『脳ドックのガイドライン2008』札幌:響文社, 2008年.
 - 15 Ohno Y. Health development in Japan: determinants, implications and perspectives. *World Health Stat Q* 1985; 38: 176-92.
 - 16 Tominaga S, Kuroishi T. An ecological study on diet/nutrition and cancer in Japan. *Int J Cancer* 1997; 71 (suppl 10): 2-6.
 - 17 総務省統計局『平成17年 国勢調査最終報告書 日本の人口』東京:日本統計協会, 2010年.
 - 18 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室『平成19年度 国民健康・栄養調査報告』東京:厚生労働省, 2010年.
 - 19 厚生労働省大臣官房統計情報部(前・厚生省大臣官房統計調査部, 厚生省大臣官房統計情報部, 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保険統計課, 厚生労働省大臣官房統計情報部)『昭和25年—平成20年人口動態統計』東京:厚生統計協会(前・厚生省大臣官房統計調査部, 厚生省大臣官房統計情報部出版), 1952-2010年.
 - 20 Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation database. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, 2010.
 - 21 Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metri* 2010; 8: 9.
 - 22 Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.
 - 23 厚生統計協会『市区町村別 生命表市区町村別生命表 1985-2005年』東京:厚生労働協会, 2008年.
 - 24 総務省統計局『昭和55年度—平成12年度 国勢調査最終報告書 日本の人口』東京:日本統計協会, 1985-2005年.
 - 25 Sugiura Y, Ju YS, Yasuoka J, Jimba M. Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. *Biosci Trends* 2010; 4: 9-16.
 - 26 Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2.
 - 27 Johansson SR, Mosk C. Exposure, resistance and life expectancy: disease and death during the economic development of Japan, 1900-1960. *Popul Stud (Camb)* 1987; 41: 207-35.
 - 28 Iwasaki T. The tuberculosis situation at the beginning of this century. *Bull Int Union Tuberc* 1974; 49: 30-51.
 - 29 Mori T. Recent trends in tuberculosis, Japan. *Emerg Infect Dis* 2000; 6: 566-68.
 - 30 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
 - 31 Iso H. Changes in coronary heart disease risk among Japanese. *Circulation* 2008; 118: 2725-29.
 - 32 Robertson TL, Kato H, Gordon T, et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. Coronary heart disease risk factors in Japan and Hawaii. *Am J Cardiol* 1977; 39: 244-49.
 - 33 Takeya Y, Popper J, Shimizu Y, Kato H, Rhoads G, Kagan A. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: incidence of stroke in Japan and Hawaii. *Stroke* 1984; 15: 15-23.
 - 34 Yano K, Reed DM, McGee DL. Ten-year incidence of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program. Relationship to biologic and lifestyle characteristics. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 653-66.
 - 35 Ueshima H, Tatara K, Asakura S, Okamoto M. Declining trends in blood pressure level and the prevalence of hypertension, and changes in

- related factors in Japan, 1956–1980. *J Chronic Dis* 1987; 40: 137–47.
- 36 Okayama A, Ueshima H, Marmot MG, Nakamura M, Kita Y, Yamakawa M. Changes in Total Serum Cholesterol and Other Risk Factors for Cardiovascular Disease in Japan, 1980–1989. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 1038–47.
- 37 渋谷 健 司『Comprehensive assessment of risk factor interventions and prevention of disease burden in Japan』『我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究』厚生労働省 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），2011年。
- 38 Ikeda N, Gakidou E, Hasegawa T, Murray CJ. Understanding the decline of mean systolic blood pressure in Japan: an analysis of pooled data from the National Nutrition Survey, 1986–2002. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 978–88.
- 39 Iso H, Shimamoto T, Naito Y, et al. Effects of a long-term hypertension control program on stroke incidence and prevalence in a rural community in northeastern Japan. *Stroke* 1998; 29: 1510–18.
- 40 厚生労働省大臣官房統計情報『平成 19 年 国民生活基礎調査』東京：厚生統計協会，2009年。
- 41 Shimamoto T, Komachi Y, Inada H, et al. Trends for coronary heart disease and stroke and their risk factors in Japan. *Circulation* 1989; 79: 503–15.
- 42 Marmot MG, Smith GD. Why are the Japanese living longer? *BMJ* 1989; 299: 1547–51.
- 43 Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwaku K. Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS One* 2010; 5: e13214.
- 44 Nakaya T, Dorling D. Geographical inequalities of mortality by income in two developed island countries: a cross-national comparison of Britain and Japan. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2865–75.
- 45 Ezzati M, Friedman AB, Kulkarni SC, Murray CJL. The reversal of fortunes: trends in county mortality and cross-county mortality disparities in the United States. *PLoS Med* 2008; 5: e66.
- 46 内閣府『平成 22 年度 国民生活に関する世論調査』東京：内閣府，2011年。
- 47 OECD. Rights and translation unit. Growing unequal?: income distribution and poverty in OECD countries. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2008.
- 48 Kagamimori S, Gaina A, Nasermoaddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Soc Sci Med* 2009; 68: 2152–60.
- 49 Murakami Y, Miura K, Okamura T, Ueshima H. Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. *Prev Med* 2011; 52: 60–65.
- 50 新村洋未, 若林チヒロ, 國澤尚子, 萱場一則, 三浦宜彦, 尾島俊之, 柳川洋『「健康日本 2 1」地方計画における喫煙対策の現状—全国市町村現状調査より—』日本公衆衛生雑誌 55 巻 3 号 170-176 頁, 2008年。
- 51 WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 52 Honjo K, Kawachi I. Effects of market liberalisation on smoking in Japan. *Tob Control* 2000; 9: 193–200.
- 53 Ogihara T, Kikuchi K, Matsuoka H, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2009). *Hypertens Res* 2009; 32: 3–107.
- 54 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 55 Sakane N, Yoshida T, Umekawa T, Kondo M, Sakai Y, Takahashi T. Beta 3-adrenergic-receptor polymorphism: a genetic marker for visceral fat obesity and the insulin resistance syndrome. *Diabetologia* 1997; 40: 200–04.
- 56 Yoshida T, Sakane N, Umekawa T, Sakai M, Takahashi T, Kondo M. Mutation of beta 3-adrenergic-receptor gene and response to treatment of obesity. *Lancet* 1995; 346: 1433–34.
- 57 厚生労働省健康局『標準的な健診・保健指導プログラム』東京：厚生労働省，2007年。
- 58 Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006; 118: 3030–44.
- 59 Tsukuma H, Tanaka H, Ajiki W, Oshima A. Liver cancer and its prevention. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005; 6: 244–50.
- 60 Kato M, Asaka M, Shimizu Y, et al. Relationship between Helicobacter pylori infection and the prevalence, site and histological type of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20 (suppl 1): 85–89.
- 61 Chen J, Choi Y, Mori K, Sawada Y, Sugano S. Those who are left behind: an estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. *Soc Indic Res* 2009; 94: 535–44.

- 62 厚生労働省大臣官房統計情報部（前・厚生大臣官房統計調査部，厚生省衛生統計部，厚生省予防局衛生統計部，厚生大臣官房統計調査部，厚生省大臣官房統計調査部，厚生省大臣官房統計情報部，厚生労働省大臣官房統計情報部・人口動態・保健統計課）『昭和22年～平成21年人口動態統計』東京：厚生統計協会（前・日本衛生統計協会，厚生省予防局衛生統計部，厚生大臣官房統計調査部，厚生労働省大臣官房統計調査部，厚生省大臣官房統計調査部，厚生省大臣官房統計情報部出版），1949-2011年。
- 63 内閣府『自殺対策白書』東京：内閣府，2010年。
- 64 警察庁生活安全局生活安全企画課『平成22年中における自殺の概要資料』2011年3月発表，警察庁ウェブサイト (<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22jisatsunogaiyou.pdf>) (2011年4月9日アクセス)。
- 65 Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH, Cheng ATA. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009; 68: 1322-31.
- 66 総務省統計局『労働力調査』東京：総務省統計局，2010年。
- 67 厚生労働省『労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律』2009年発表，E-Gov 電子政府の総合窓口イーガブ (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S60/S60HO088.html>) (2011年7月21日現在)。
- 68 内閣府『自殺対策基本法』2006年発表，E-Gov 電子政府の総合窓口イーガブ (<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO085.html>) (2011年7月21日現在)。
- 69 Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196-208.
- 70 Schoeni RF, Liang J, Bennett J, Sugisawa H, Fukaya T, Kobayashi E. Trends in old-age functioning and disability in Japan, 1993-2002. *Popul Stud* 2006; 60: 39-53.
- 71 権藤恭之『百寿者研究の現状と展望』老年社会科学 28巻4号 504-512頁，2007年。
- 72 鈴木信，秋坂真史，安次富郁哉，比嘉かおり，野崎宏幸『沖縄百寿者のADLの変遷に関する研究』日本老年医学会雑誌 32巻6号 416-423頁，1995年。
- 73 Hashimoto S, Kawado M, Seko R, et al. Trends in disability-free life expectancy in Japan, 1995-2004. *J Epidemiol* 2010; 20: 308-12.
- 74 Yong V, Saito Y. Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004. *Demogr Res* 2009; 20: 467-94.
- 75 Olshansky SJ, Carnes BA, Desesquelles A. Demography. Prospects for human longevity. *Science* 2001; 291: 1491-92.
- 76 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
- 77 Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002; 296: 1029-31.
- 78 Riley JC. Rising life expectancy: a global history. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.
- 79 Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2010; 375: 1704-20.
- 80 WHO. The world health report-health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 81 WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 82 Kaga M, Takeshima T, Matsumoto T. Suicide and its prevention in Japan. *Leg Med (Tokyo)* 2009; 11: S18-21.

日本：国民皆保険制度達成から 50 年 2

日本の皆保険制度の変遷，成果と課題

池上直己，兪炳匡，橋本英樹，松本正俊，尾形裕也，馬場園明，渡邊亮，渋谷健司，梁奉玟，マイケル・R・ライシュ，小林廉毅

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

日本は、被用者医療保険と地域医療保険を設立することによって国民皆保険を追求してきたが、それに伴う長所と短所も明らかとなっている。長所は、1961年に国民のほぼ全員に保険が適用されるようになったことである。また、すべての公的保険制度に共通の診療体系をほとんどの医療機関に適用することにより公平性と費用抑制が維持されており、自己負担も高齢者と児童以外は一律となった。低所得者が加入している保険者へ一般財源から補填したり、あるいは高齢者の医療費を負担する保険者間に横断的補助を行うことによって、こうした公平性は達成されてきた。一方、保険者が3500も存在するため所得から徴収される保険料の割合に3倍以上の格差があることが短所として挙げられる。他、無保険者の増加傾向もある。高齢社会の到来および雇用形態の変化の中で国民皆保険制度と公平な保険の適用を維持するために、われわれは、都道府県レベルですべての保険者を統合するよう提唱する。雇用や居住をベースとした社会保険制度によって国民皆保険を達成しようと考えている諸国は、こうした制度の有する短所にも留意する必要がある。

主要論点

- 1922年に社会保険が初めて法制度化されてから40年を経た1961年、国民皆保険制度が実現した。被用者保険制度と国民健康保険制度により保険の適用範囲が拡大し、現在では3500の保険者が存在する。被扶養者については世帯主の保険制度が適用されている。
- 国民健康保険制度に被用者保険制度の診療報酬体系が採用された1959年以降、カバーされるサービスの内容および医師や病院に適用される診療報酬体系は統一され、価格（診療報酬）の規制が公平性の維持と費用抑制の主たるメカニズムとなっている。
- 1961年から国民のほぼ全員に保険制度が適用されることとなったが、患者自己負担率は大きく異なっていた。当初、被用者保険本人には初診時のみ定額の自己負担があったのに対し、その他の国民は5割を自己負担していた。その後、市町村国保の自己負担率が少しずつ引き下げられ、一方の被用者医療保険制度の負担率が引き上げられたことで、現在では高齢者と児童以外は一律3割負担となっている。しかし、月々の自己負担が規定額を超えれば、自己負担は1%まで減少する。
- 最大の格差は所得から徴収される保険料の割合である。低所得者の多い保険制度は一般財源からの補填によって負担が緩和され、また高齢者の医療費については保険者間の横断的補助が強制されているものの、加入する保険によって保険料として支払う所得の割合には3倍以上の格差が生じている。
- 社会の高齢化、雇用形態の変化によって所得構成や年齢構成も変化し、保険者間の格差が拡大していることで、社会保険の持続性が脅かされている。われわれはこうした課題に対応するためにも都道府県レベルですべての保険制度の統合を提唱する。
- 雇用や居住に基づく社会保険による国民皆保険制度を実現しようとしている国々は、構造的改革に対する反対意見が確立しないうちにこのアプローチの限界を認識し、弱点に対応するべきである。

序論

国民皆保険制度に向かうメカニズムとしての社会保険には長所と短所がある。民間保険と比較した際の長所は、連帯の精神に基づく制度であるゆえに保険料が病気のリスクではなく支払能力に応じて課されていることである¹。税方式の制度と比較した際の長所は、給付範囲が権利として規定されていること、さらには用途が医療に限定された保険料が財源となっていることである²。一方、保険者が雇用や居住状況によって構成されている社会保険の短所として、連帯の精神が同じ保険の加入者同士に限られることが挙げられる。結果として加入者の平均所得が高くリスクが低い保険者は、保険料率引き上げにつながるようなあらゆる全国レベルの平等化プロセスに反対する立場をとるであろう。

こうした障壁にもかかわらず、日本は1961年に社会保険を全人口にまで拡大し、その後、給付もより公平なものとしてきた。それは、価格およびサービス内容を規定し、すべての医療保険制度に共通の体系による費用抑制の規制措

検索方法と選定基準

歴史的変遷に関する導入部は、社会保険医療システムについて国内外で出版されている文献を総合した分析に基づいており、主筆者の過去の研究にも言及している。入手可能だった唯一の全国調査は政府によって行われたものである。患者調査からは、皆保険制度が各年齢階層別の医療サービス利用に与える影響を分析した。患者自己負担率の変化は高齢者に最も影響を与えたと考えられるからだ。また、すでに出版されている文献を PubMed で調べた上で、World Bank Institute Report で説明している方法を採用し日本と諸外国とを比較することで、公平性を確保した。データについては、直近の全国消費実態調査の個票データを入手することができ、家計支出のうち医療費に費やされている割合とその累進度を分析し、さらに高額療養費制度の程度を比較した。水平的公平性の比較のために国民生活基礎調査の個票データを入手し、医療ニーズ変数で調整した医療サービスへのアクセスを分析した。課題と改革提案の章では全国健康保険協会の報告や政策ステートメントを調査・分析し、さらに、PubMed, Medline, JSTOR, Google Scholars といった情報ソースを検索して政府の調査報告書や国内の未発表論文の分析も行った。改革案を提案するにあたっては、社会保険制度を統合した経験をもつ他国の経験を分析し、可能な選択肢について議論を重ねた。

置とともに実現されてきた。これらの措置の強化により、日本は他国と比べて高い費用抑制を達成しており、医療費の国内総生産（GDP）に占める割合は経済協力開発機構（OECD）加盟国の中でも 20 位と低い³。費用抑制に成功したことが加入者間、保険者間の公平性の実現の主要因となっている。費用抑制メカニズムと医療の質のコントロールに関する詳細は、橋本らが執筆した本シリーズの第三論文に掲載されている⁴。

しかし、日本は社会保険制度固有の課題に直面している。社会の高齢化により、勤労者が支払う保険料では全国民の医療費をまかなうことができなくなってきているのである⁵。また、日本は GDP の 2 倍もの財政赤字を抱えているため、税からの補填を増やすことができず、状況はさらに悪化している。さらには 3500 もの保険者の分立や雇用パターンの変化といった問題も抱えている。本稿は 3 部で構成されており、初めに歴史的展開、次に現状と公平性をめぐる諸問

題、最後に課題とわれわれが提唱する改革案に触れる。

歴史的展開

1905 年以降、一部の公務員は共済組合の包括的給付の一部として医療費を負担してもらえるようになったが、国民皆保険制度への本格的な道のりは 1922 年に制定された健康保険法に始まる。日本の保険制度はドイツの社会保険モデルに従い、事業主と被用者の双方で保険者（日本の場合は健康保険組合）の運営をすることになった⁷。動機はドイツも日本も同じで、工業生産性を高めることと、労働争議を未然に抑えることである⁸。こうした国家主義的な動機は、直接利害関係を有するすべての勢力からの反対を封じこめた。事業主は保険により労働費用が増加するため反対であったし（事業主は保険料の半分以上を負担しなければならなかった）、被用者も保険料の負担をすることに反対であり、医師もまた従来の報酬よりも低い診療報酬の適用を受け入れなければならないので反対であった。しかし、社会保険制度が適用されれば患者の医療費未払いがなくなり、健康保険に未加入の患者からは高い診療報酬を引き続き徴収することが可能であったため、最終的には医師たちも新しい診療報酬を受け入れた。この診療報酬体系は簡易なもので、日本医師会の北里柴三郎会長が一晩で作成したとされており、プライマリ・ケアと薬が中心であった。これは、1927 年当時調剤が医師の主な収入源であり、病院サービスはさほど大きな割合を占めていなかったからである⁹。

導入直後の日本の社会保険制度は労働者（ブルーカラー層）だけを対象としており、1927 年当時、労働者は日本の全人口の 3% にすぎなかった。しかし、小規模企業の被用者は対象に含まれていて、これは中小規模企業の被用者が旧制度下では大企業の被用者と同じ労災制度の下にあったからであろう。中小規模企業は病気になるリスクを分散するのに十分な規模を有さず、

本稿は全 6 本からなる日本特集号「日本：国民皆保険達成から 50 年」の第 2 稿目である。

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室（池上直己教授）

カリフォルニア大学デービス校医科大衆衛生学部（倉柄匡）

東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学分野（橋本英樹教授、渡邊亮）

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室（渋谷健司教授）

東京大学大学院医学系研究科大衆衛生学教室（小林廉毅教授）

広島大学医学部地域医療システム学講座（松本正俊）

九州大学大学院医学研究科医療経営・管理学講座（尾形裕也教授、馬場園明教授）

ソウル国立大学大衆衛生大学院（梁奉政教授）

ハーバード大学大衆衛生大学院国際保健・人口学部（マイケル・R・ライシュ教授）

連絡先：

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35 番地
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
教授 池上直己
nikegami@a5.keio.jp

World Bank Institute Report についての詳細は <http://www.dcp2.org/file/146/Analyzing%20Health%20Equity%20Using%20Household%20Survey%20Data.pdf> 参照

また、自ら制度を運営する事務処理能力も持っていなかったため、政府が直接医療保険を運営しなければならなかった。これが政府管掌健康保険の始まりである。このように、政府が各保険者の調整役でも唯一の保険者でもなく、多くの保険者の中の1つ、そして最大の医療保険者となっていることが、現在でも日本の社会保険制度における最大の特徴である。こうした役割により、政府は診療側との交渉において強い力を持ち、社会保険制度の独立性を弱めていた。しかし、医療が税方式の国とは異なり、政府が財政に直接的な責任を持つことはなかった。

日本の社会保険のもう1つのルーツが国民健康保険であるが、これは1930年代の自発的な地域主導の運動が発祥である¹⁰。政府は、1938年の国民健康保険法の制定によりこの運動を正式に認定、支援することとなる。被用者保険で保障される労働者と違い、農民や自営業者には定まった収入源がなく、さらにはその所得の捕捉も容易ではなかった。その結果、それぞれの保険者は累進性がさまざまに異なる独自の保険料徴収方法を採用し、加入者間の病気になるリスクを分散させた他、加入者を対象とした直営の診療所や病院を設立した。こうした動きは民間開業医との対立につながったが、通常、診療報酬を交渉することでこうした対立は解決した。

その後の日本の社会保険の歴史は4期に分けられる。第1期と第2期では社会保険の対象となる人口が増大し、後半の第3期と第4期では自己負担率の保険者間の格差が徐々に縮小していった。明確なグランドデザインがあったわけではないが、制度全体の方向性としては、公平なアクセスと費用負担の実現を目指していた。

1922年から1945年の第1期には、陸軍が医療保険の適用拡大を推進した。これは、1930年代に中国との戦争が激化する中で徴兵された若者の健康状態に関心があったからである。また、出産適齢期の女性にも適用拡大された。1934年には被用者保険の対象はフルタイム労働者を5

人以上抱える事業所に拡大され、1939年にはホワイトカラーの勤労者とその扶養家族にも拡大された。この間、多くの市町村で国民健康保険が施行された。図1からも見てとれるとおり、第1期のピークであった1943年には国民の7割が医療保険に加入し、政府の医療保険の拡大も順調に進んでいった¹¹。

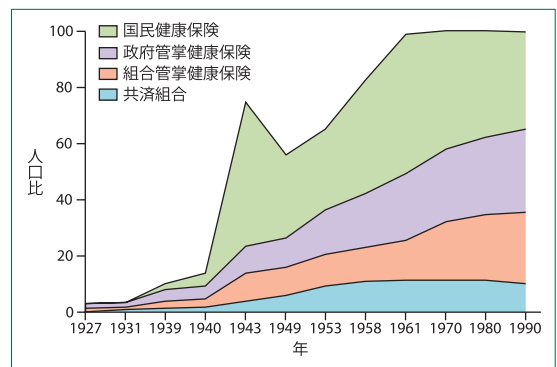


図1: 日本における医療保険適用人口比率の変遷 (1927-90年)

資料: 高木安雄 (1994) 「国民健康保険と地域福祉—長期入院の是非と国保安定化対策の実際と問題点」『季刊社会保障研究』30(3):239

注) 戦時下の数値は推計値

第二次世界大戦後の第二期 (1945年から1961年) では、主要政党である自由民主党と日本社会党が福祉国家の実現を目指し、国民皆保険をわかりやすく人気のある目標として掲げて競い合った。保険に加入する国民の割合は戦時中や戦後の混乱期から早々に回復し、さらに拡大していった¹¹。1958年には国民健康法が改正され、被用者保険制度に加入していない国民を国民健康保険に強制加入させたことで、国民皆保険制度を確立する正式な基盤が形成された。法改正では、国保にも被用者保険の診療報酬が適用されることとなり、国保でもほとんどすべての医療機関で受診できるようになった。1961年には最後の自治体が国民健康保険を導入し、ほぼ全国民が保険制度に加入することとなった。しかし自己負担率には大きな差があり、被用者は初診時に小額の定額を支払えばよかったが、被用者の扶養家族や国保加入者はすべての医療サービスや処方薬の診療報酬の5割を負担しなければならなかった。

1961年から1982年までの第3期では、5割

の自己負担率が3割まで段階的に引き下げられた。1963年から国保の世帯主の負担率が下げられ、1968年にはその扶養家族が、さらに1973年には被用者保険の扶養家族の負担率が引き下げられた。一方、一部の地方自治体は高齢者の医療費の自己負担分を税収で賄うようになり、特に、1969年以降革新的な東京都知事が主導する形で他の道府県にも拡大していった。国もこうした老人医療費無料化への圧力を受け、1973年に老人医療費支給制度を制定し、老人（70歳以上）の医療費が無料（自己負担ゼロ）となった。また、同年、すべての保険制度について高額療養費制度がつくられ、医療費の自己負担分（月額）が3万円（1973年当時の米ドル換算で83ドル）を超える分については負担しなくてよいことになった。しかし、1973年はいわゆるオイルショックで日本の経済成長率が大幅に落ち込んだ年でもあった¹²。

医療費の上昇と経済成長の鈍化が1982年から現在にいたる第4期の背景にあり、この時期には、それまで低かった個人の自己負担率が引き上げられた。その結果、最終的に自己負担率は国民の大半で同率になった。1982年に制定された老人保健法により1983年に高齢者への若干の定額負担が導入され、また、健康保険法が改正されたことで1984年から被用者の医療費1割負担が導入された。その後1997年に被用者の負担は2割に引き上げられ、2003年に3割に引き上げられた。高齢者の定額負担は徐々に引き上げられ、2003年に平均的な被用者の所得以下の高齢者の負担は1割、それ以上の場合には2割となり、さらに2006年に2割から3割に引き上げられた。現在、自己負担率は全国民一律3割であり、例外は平均的な被用者の所得額に満たない所得の70歳以上の高齢者（全高齢者の93%）の負担率1割と、6歳未満の子どもの負担率2割である。高額療養費制度も縮小されたが、同様の公平性への配慮がなされた。医療費の毎月の自己負担限度額も加入者の所得に応じて3段階に分けられ、限度額を超える医療費

については1%の自己負担率が課されている（パネル1）。

受療率の推移

保険加入者の拡大と自己負担率の変化で、外来医療と入院医療の受療率はどのように変化しているのだろうか。図2から、1950年から1960年代半ばまでの間、保険に加入する人口が増加し平均所得も増えたことで、どの年齢階層においても外来受療率が伸びたことがわかる¹⁵。1960年代半ば以降はこうした傾向が変化し、年齢階層ごとに違いが見られるようになる。若年層と中年層では平坦になり始めたが、子どもと高齢者については自己負担率が引き下げられたことにより受療率は伸び続けた。しかし、70歳以下の受療率は1980年以降徐々に下がり始め、高齢者については1999年以降に下がり始めている。被用者では自己負担率の引き上げにより高血圧症患者や高脂血症患者の受療率が減少したが¹⁶、高齢者では影響は見られな

パネル1：社会保険制度の現状

日本の社会保険制度の特徴は以下のとおりである。

- ・個人は保険者を選択できない。
- ・扶養家族（75歳以上を除く）は世帯主が加入している保険者に加入する。
- ・事業主は被用者（正規雇用者の労働時間の4分の3以下の労働時間の被用者と75歳以上の被用者を除く）を保険に加入させなくてはならない。
- ・被用者保険に加入していない人、定年退職した人は、生活保護を受けていないかぎり国民健康保険（75歳以下の場合）、もしくは居住地域の後期高齢者医療制度（75歳以上の場合）に加入しなくてはならない。
- ・約3500の保険者が存在し、およそ半数が被用者保険制度で、半数が地域保険制度である。
- ・被用者保険制度では保険料は賃金の一定割合が賃金から差し引かれ、事業主が保険料の少なくとも50%（平均55%）を負担する。地域保険制度では、それぞれの市町村が独自の方法で保険料を定めており、約半額は所得（資産も含む場合もある）に基づいて算出され、残りの約半額は加入者1人当たりの定額（さらに世帯当たり定額の場合もある）となっている。保険料は市町村に支払われる。
- ・医薬品や歯科医療を含め、保険給付の対象範囲と医療に対して支払う額は、どの保険者でも同じである。
- ・一般的に自己負担率が高いが、患者が支払う割合は国民医療費の14%にとどまっている¹³。これは高齢者の負担率が低く設定されている他、高額療養費制度があるからである。（国民医療費は、公的に管理されているすべての医療支出を含むが、薬局で購入する一般用医薬品の費用や個室代といった経済協力開発機構（OECD）統計¹⁸には計上されている要素を除いた、厚生労働省の統計である¹⁴）。

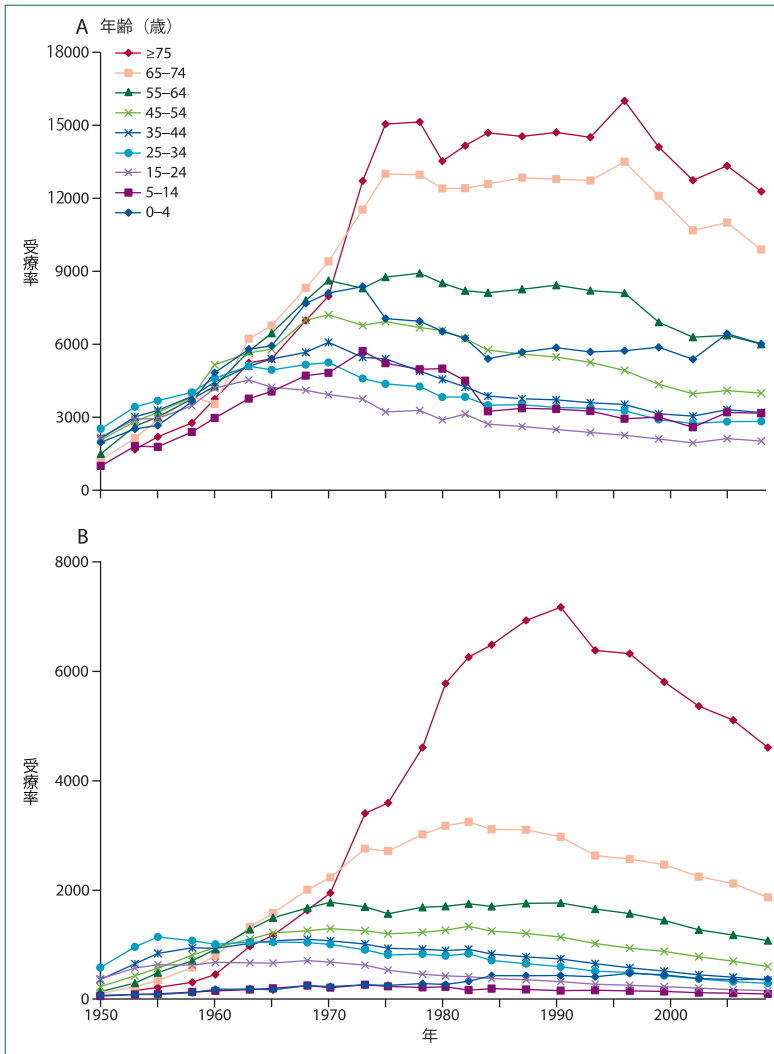


図2: 年齢階層ごとの外来受療率(2A)および入院受療率(2B)の推移

注: 受療率は「患者調査」調査日における、年齢階層ごとの人口10万人あたり医療機関受診者数である。「患者調査」は現在3年おきに行われており、直近のものは2008年である(文献:厚生労働省「患者調査」)

かった。2002年から薬の処方期間が14日間から3カ月に延長されたが、こうした他の要因が受療率の減少の背景にある可能性もある。こうした受療率の減少にもかかわらず、2007年の1人当たりの通院回数は13.4であり、米国(4.0)の3倍以上であった³。こうした高い受療率は、「健康を害した際にそれを比較的早く認識して医師に相談する日本人の特質」¹⁷をあらわしている。日本同様、漢方医学に医療の歴史的ルーツがあり、類似の文化的背景を持つ韓国の年間受療率の高さ(2008年に13.0)³の背景にも、こうした特質があるのかもしれない

こうした傾向は、入院医療でも外来医療とほぼ同様に見られるが、若干の違いもある。まず25歳から34歳の年齢階層の受療率は、結核が大流行していた1950年代半ばがピークであった。2番目に、75歳以上の受療率の増加は目を見張るべきものであり、1990年以降の減少も同様である。こうした増加は1973年の医療費の無料化に起因しており、いわゆる社会的入院(家族が介護をできなくなった、あるいはしたからなくなったために入院する患者)に門戸を開いたことで多くの小規模病院が事実上、ナーシングホームとなった。高額療養費制度により実際に支払う医療費は低く抑えられているので、その後の減少が自己負担率の増加に起因するとは考えられない。むしろ、新たな老人向けの長期介護施設の建設や他の要因が背景にあると考えられる^{4,18}。

複雑な財政体系

高齢者の医療費負担公平化のための一般財源からの補助や保険者間の財政移転により、所得や年齢構成にかなりの開きがあっても、すべての公的な医療保険制度で同じ医療サービスを受けることが可能になった。図3はこうしたメカニズムを示しており、保険者を加入者の平均所得に従って4つの階層に分けている^{19,20}。第1階層から第3階層がそれぞれ人口の約3割を占め、第4階層が残りの1割を占めている。第1階層は大企業および産業の業種ごとの被用者が加入している1497の保険者(組合管掌健康保険)と公的部門に勤務する被用者が加入する77の保険者(共済組合)で構成されている。第2階層の保険者は公法人である全国健康保険協会(2008年に政府管掌健康保険より移管された)のみであり、第1階層に比べて所得が低い傾向がある中小企業の被用者が加入している。第3階層は市町村運営の、自営業者、非正規雇用者、75歳未満の年金生活者が加入している1788の市町村国民健康保険と、この階層の約1割が加入している業態別の165の国民健康保険組合(開

業医師, 理容師, 土木建築労働者など) から成る。第4階層は2008年に設立された, 75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度である。75歳以上になれば職種や扶養状況に関係なく全員が加入する義務があり, その運営は, 47の各都道府県に設立された市町村の広域連合が行っている。

事業主や個人から入る保険料を補填するために, 国は第2階層から第4階層までの保険者に対して一般財源から補助金を支出しており, その総額は国民医療費の25%に達している。こうした補填は第2階層の給付費の16.4%, 第3階層の市町村国保の給付費の平均50% (富裕な自治体で40%, 貧しい自治体で最高80%), 第4階層の75歳以上の高齢者への給付費の50%に上る。さらに, 高齢者の医療費負担を公平化するためにどの保険者も加入者1人当たり一定額を拠出しなければならない。こうした資金は中央の基金を通して移転され, 後期高齢者医療制度の支出の40%をカバーするとともに, 他の医療保険制度でカバーされている65歳から74歳までの高齢者を補助している。

公平性の範囲

これまでに論じたメカニズムにより, カクワニ指数²¹で計算すると, 家計のうち医療にかかる総費用 (医療費に充てられる直接税, 間接税, 社会保険料および自己負担額) は所得にほぼ比例しており, 韓国の制度とほぼ同じ, ドイツの制度より若干公平性が高いという結果になった^{22, 23}。医療費の自己負担額が食費を除く総家計支出の25%以上 (負担限界値) となる世帯の割合は2004年に1.68%であり, 台湾 (2000年に1.49%) と同レベル, マレーシア (1998年から99年に0.78%) より高く, 韓国 (2000年に4.82%), 中国 (2000年に11.23%) よりも低かった²⁴。同じ医療ニーズを抱える各国の個人が同じ保障を得ることができるのか, 集中度指数^{25, 26}を計算して分析した^{24, 25}。統計の比較は容易ではないが, 患者のニーズをコントロー

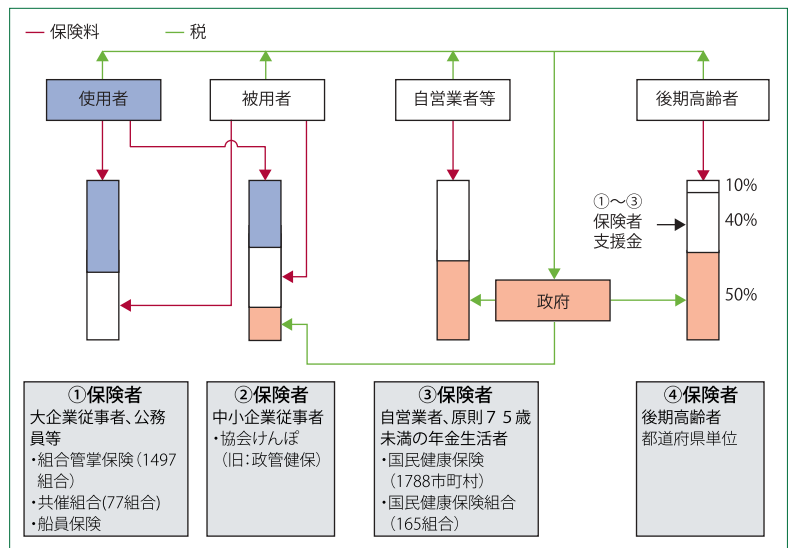


図3：社会保険の4つの階層におけるお金の流れ
数値は平成18年4月、厚生労働省の統計¹⁹

パネル2：定年退職した山本氏のいやな発見

山本氏は, 日本産業株式会社を67歳で定年退職するまで, 自分の健康保険料についてあまり考えたことはなかった。保険料は税金や他の社会保険料とともに給与から天引きされていた。給与が上がるとともに天引きされる額も増え, 不愉快ではあったが細かい内訳を見たことはなかったのだ。

退職した翌日, 市役所の国民健康保険課を訪れ加入手続きをした。支払う保険料が前年の世帯所得に基づいて計算されることを知らされ, さらにこの世帯所得には給与のみならず, 山本氏の年金, 山本氏の妻がパート勤務で得た100万円 (12,000ドル) も含まれることに山本氏は驚いた。さらに自宅にかかる固定資産税の支払いも評価に含まれるというのだ。

前年の世帯所得である500万円 (6万ドル) と固定資産税を合わせると, 山本氏の国民健康保険の年間の保険料は45万円 (5400ドル) であると告げられた。この額は前の年に日本産業株式会社健康保険組合に支払った保険料の3倍以上である。それまでは保険料の半分は会社が負担してくれ, 保険料は年金や妻の所得を除く本人の給与にのみ基づいて計算されていたし, 妻の所得も扶養家族と認められる範囲内であったため追加保険料の支払いもなく, 保険料の計算には固定資産税も含まれていなかった。そして, 市の国民健康保険料は, 市内に低所得者層向けの大きな団地があったために高めであった。

しかし, 山本氏が新しい保険者証を持って高血圧症のために近所の診療所を訪れると, 診療も自己負担額 (処方薬も含めて20ドル前後) も組合健康保険で診療所にかかっていたときとまったく同じであった。退職により保険者を変えざるを得なかったが, 医療については何も変わらなかったことに, 山本氏は安堵した。

この事例はフィクションであり, 例示的用途のためのみのものである。

ルした際の医師へのアクセスについては英国とほぼ同水準であるようだ。(ウェブ上の補遺1～3ページ参照)

しかし, すべての社会保険制度について保険料率を比較すると, 国民健康保険の保険料率の

	最小値	最大値	中央値	IQR	平均値	標準偏差
加入者数	26	584681	7585	14015	20184.7	44147.1
雇用者の年齢	25.8	54.1	41.6	3.6	41.3	3.3
月収平均 (¥)	210463.0	1030349.0	368333.0	84839.5	379381.6	81462.7
加入者一人当たりの保険費用 (¥)	21113.0	271336.2	152946.2	35812.2	151222.9	29535.3
加入者一人当たりの補足給付 (¥)	0	37973	4842.5	6732.8	5179.9	4614.7
月収に占める保険料の割合 (%)	3.12%	9.62%	7.40%	1.50%	7.31%	1.04%

保険料を減額できる補足給付は組合管掌健康保険の 86.5% で利用可能である。データは健康保険組合連合会より入手²⁸。

表：組合管掌健康保険間の差

平均は、大企業従事者の健康保険組合の保険料率の平均の3倍となっている²⁷。したがって、企業被用者が定年退職して国民健康保険に加入すると、それまでより高い保険料を支払わなければならないことになる。(パネル2)さらに、同じ第1階層内でも健康保険組合によって保険料率には3.12%から9.62%と3倍以上の格差がある(表)²⁸。これら保険者の保険料率を分析すると、被用者の平均医療費ではなく、主として被用者の平均年齢と平均所得に関連していることがわかった。年齢が要因となっているのは、1人当たりの医療費が年齢上昇とともに少しずつ増えるのに(図4)^{28,29}、公平化のための財政調整は65歳以上の個人の医療費に限って行われているからである。

課題と改革に向けた提案

社会保険制度の持続性

世論調査では、支払能力ではなくニーズに基づいた医療へのアクセスを保証する政策は広く支持されている³¹。しかし、この原則を達成する基盤となってきた社会保険制度は3つの脅威にさらされている。それらは、社会の高齢化、雇用形態の変化、そして無保険者という新しい課題である。

まず高齢化によって保険者間の移転支払いが進み、今や大企業被用者が加入する組合健康保険制度の総支出額の5割近くは移転支払いとなっている。これらは後期高齢者医療制度に移転されるだけでなく、他の保険プランの65歳から74歳の被保険者の加入比率の差(組合健康

保険制度の平均4%に過ぎないが、国民健康保険の33%にあたる)を埋めるために行われている²⁷。こうした移転支払いは今後も増加するだろう。なぜなら、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は2008年の22%から2020年には30%になり、医療費におけるシェアも52%から66%に増えると予測されているからである³²。事業主や労働組合は、こうした移転支払いが組合健康保険制度の存続を脅かしていると抗議している。

日本の社会保険制度にとっての2つ目の脅威は、雇用形態の変化と経済構造の変化である。1961年に国民皆保険制度が達成された当時、全勤労者の29%が農林水産業の第一次産業に従事し、国民健康保険の屋台骨を背負っていた。し

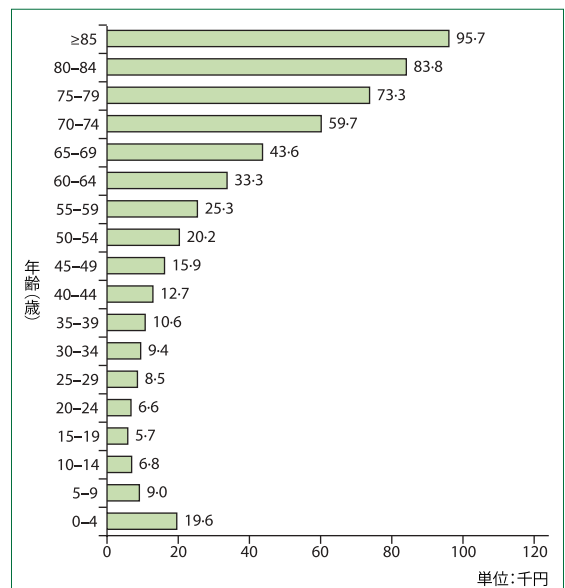


図4: 年齢別一人当たりの年間医療費 (2007年)
出所: 厚生労働省

かし最近では、コスト削減競争、規制緩和や被雇用者の福利厚生よりも株主や経営を優先するという企業の優先順位の変化により、非正規雇用者（派遣、パートタイム、契約）³³の雇用が全従業員に占める割合が、1988年の18%から2010年には34%に増加している^{34,35}。勤務時間が正規雇用者の4分の3未満の雇用者は被用者医療保険制度に加入する必要はない。こうした変化により、国民健康保険への加入者の構成が一変した。1965年には第一次産業従事者が42%、自営業者が25%であったのに対し、2008年には第一次産業従事者は3%、自営業者は17%にまで減少した。この間、年金生活者と無職者は7%から40%に増え、被雇用者ではあるが被用者保険制度に加入していない人の割合は25%から34%に増加した²⁷。

3つ目の脅威は、法律で加入が定められているものの、国民健康保険に加入したくない、あるいは加入できない人の割合の増加である。市町村は加入すべき人を把握する方法を持たないため、正確な数を市町村から直接得ることはできない。そこで、2007年の国民生活基礎調査を独自に分析したところ、調査対象となった人口の1.3%が、所得が課税対象となるほど高いにもかかわらず社会保険の保険料を支払っていないことがわかった。この値から推定される無保険者数は160万人に上り、国民皆保険制度のある国という日本の現状に疑問を投げかけることになりかねない。これらの保険料未納者に加えて、国民健康保険に加入していても18カ月以上保険料を滞納している人に対しては、保険給付が厳しく制限されることになる（医療費全額を支払い、後から保険給付分が返還される）³⁶。市町村国保の加入者のうち1.6%がこうした状況にある。

雇用や居住状況によって社会保険制度が細分化されていることや、保険プランの間で所得水準や年齢構成の格差が広がっていることから、これら3つの脅威はさらに拡大している。格差は一般財源からの補助金の増額により補填することは可能であるが、そのためには増税が必要

である。しかし、これまで消費税率を引き上げたり、引き上げを試みた政権はすべてその後の選挙で敗れており、最近では、菅首相による消費税増税の必要性の発表のタイミングが悪かったために、2010年7月の参議院選挙で民主党が敗れている³⁷。東日本大震災により党派を越えて増税に向かう可能性はあるが、税収は被災地の復興と大幅な財政赤字の償還に充てられ、医療への資金投入の実質的な増加につながるとは考えにくい。

もう1つの解決策は社会保険でカバーされる給付を縮小して基本的なパッケージとし、差額は自己負担とする、あるいは補足的な民間の医療保険を適用することである。小泉首相の支持の下、2004年に財界指導者や経済学者から構成された総合規制改革会議が、このような改革を試みた。しかし厚生労働省と日本医師会から反対の声があがったため、2005年に出された妥協策では混合診療の規制は残し、診療報酬点数表に掲載されていない新しい技術を提供しようとする病院にはより柔軟性を与えることになった³⁸。規制緩和派は常に存在するだろうが、医療へのアクセスの公平性を犠牲にすべきでないならば、カナダやいくつかの欧州諸国と同じく、日本も混合診療については広く緻密な規制を残すべきである³⁹。

医療保険の統合

分析の結果、筆者らは、未来を見据えて医療保険を統合すべきと考える。統合することで保険者間の保険料率は均等化され、現在保険料率が低く設定されている保険者の保険料率を引き上げることで医療全体への資金拠出を増大し、リスク分散を拡大することで運営面での効率性を改善することができる。統合には3つの方法がある。

1つめは、個人のリスク・プロフィールに影響する所得や年齢などの要因を考慮して、基本的な保険料率を調整した上で、国民が保険者を選択できるようにする方法である。こうした構造

的な調整により保険料率の格差は縮小し、ドイツで実際起きたように保険者同士の統合の圧力が高まるであろう⁴⁰。しかし、日本ではほとんどの健康保険は独立した組織として機能していないため、このようなアプローチは機能しないだろう。日本では、組合健康保険は事実上企業の人事部の一部署として、国民健康保険も市町村の一部署として運営されているのである。

2つめの方法は、すべての医療保険を韓国のように国全体で一本化することである⁴¹。この方法には、リスク分散が国単位で行われ、国民すべての保険料率が同じになり、運営費が低く抑えられるという利点がある。しかし、このような形での統合は国の機能を分権化しようとする動きに反し、年齢構造で調整した1人当たりの医療費の、47都道府県の間に見られる格差を無視することになる⁴²。

3つめは、地域単位で医療保険を統合し保険の適用を雇用形態から切り離す方法である。カナダや多くの欧州諸国では歴史的に地方政府に

自治権があり、地方自治体ごとに保険システムを組織してきた。この方法の利点は、国が所得、年齢、その他需要サイドの要因の地方間の格差を調整した後の医療保険料率が、地方自治体ごとの医療費水準を反映したものになるという点である。そうすることで、選挙で選ばれる首長が、医療サービス供給の効率を良くするインセンティブを持つだろう。

最初の2つの方法に伴う困難に鑑みると、日本にとって最適な解決策は地方レベルでの統合だと、われわれは考える。同一県内で県民全員が同じ保険者に加入することで無保険者の追跡がしやすくなるという利点もある。厚生労働省が、75歳以上の高齢者の医療制度を廃止するための第2段階として、各47都道府県内の国民健康保険を統合する意向を表明して以来（パネル3）、この方法がより現実味を増している。しかしながら、ほとんどの市町村国保の保険料率はすでに高い状況にあるので、第3段階として被用者医療保険が統合されない限り、資金の実質的な増加は達成されないだろう。

筆者らはリスク分散を拡大した際の効果を測るために、2005年の公的医療保険すべてに加入している個人のデータ（解析についてはウェブ上の補遺p4を参照）に基づいて、都道府県単位で国民健康保険が統合されたとした場合の1人当たりの入院医療費（年額）の分散を計算し分析した。図5が示すように、統合した市町村国保の加入者が150万人を超え、さらに被用者保険加入者も加えた加入者が450万人を超えると、さらなる統合は都道府県単位では最大規模の東京都における統合と比べてあまり大きな恩恵をもたらさないことがわかる。9つの都道府県でこの値を上回り、この9つの都道府県の総人口は全体の約半数を若干上回る。残りの38都道府県の総人口は経済効率の水準を下回るが、保険制度のさらなる統合は都道府県自体の統合を必要とするだろう。

被用者保険制度と国民健康保険との統合に伴う政治的、制度的な障害が山積みしていること

パネル3：後期高齢者のための医療制度に関する議論

2008年4月に75歳以上の高齢者（いわゆる後期高齢者）のための新しい保険制度が導入された。75歳以上の国民は、それまでの保険に加入していても、全員後期高齢者医療制度に加入することになった。他の年齢層に比べて後期高齢者層の医療ニーズや医療リスクは明らかに高いことから、年齢に特化したスキームがより有効だと考えられた。新制度によってリスク分散はより均一に、医療サービスもこの年齢層により適したものとなり、財源に対する責任もより明快となる、というメリットが強調された。

しかし、この新しい制度は当時政権を担っていた自民党中心の政府にとっては政治的大失敗であった。マスコミは新しい制度を導入する運営面での問題や保険料が引き上げられた高齢者の怒りを報道した。しかし、国民の一番の怒りは年齢差別的とも捉えられる側面に対して向けられた。具体的には、後期高齢者のみを対象とした終末期相談支援料の導入である。これは、相談ではなく説得になると糾弾され、後期高齢者医療制度導入から2カ月で診療報酬から外された。

民主党主導の現政権は2009年9月に政権の座に就き、2013年までに同制度を廃止することを公約に掲げている。診療報酬表の中で高齢者だけに適用されていた診療行為は、2010年4月に行われた同制度の2年ごとの見直しの際に、公式に廃止された。2010年12月、政府の委員会は後期高齢者医療制度に代わる制度として2段階の改革を提案した。1段階目では後期高齢者医療制度導入前の加入制度に戻り、75歳以上の高齢者で被用者の扶養家族、あるいは自身が被用者である場合は被用者保険に加入し続け（20%）、残り的高齢者については国民健康保険に加入する（80%）。2段階目は都道府県内の国民健康保険の統合である。しかし改革案が実行されたとしても、階層間および階層内での格差は残る。

は、われわれも認識している。統合は被用者保険、特に比較的若くて高収入の者が加入する組合健康保険から反対されるだろうし、反対者らは、保険料率の上昇は日本の国際競争力を阻害すると主張するだろう。しかしこうした不安は根拠のないものである。ドイツでは組合健康保険の平均の2倍にもなる保険料率にもかかわらず、競争力を維持し続けている⁷。また、被用者保険と国民健康保険との保険料算出の方法の違いも障害となっている。さらに、同じ市町村国保でもそれぞれの市町村が異なる計算式で保険料を算出しているだけでなく、自治体の一般財源からの補填の程度も異なっている。

しかし、こうした障害は、東日本大震災を機に日本中の連帯感が高まっている現在なら、乗り越えることができるのではないか。構造改革によって、同一都道府県内のすべての世帯が雇用状況に関係なく所得の同じ割合を保険料として支払うようになる。現在の被用者保険のように給与のみが所得とみなされるのではなく、あらゆる所得が対象となる。こうした方法により、働く年金生活者の増加など、雇用形態のさらなる変化にも対応できる。また、医療サービスに対するアクセスの不公平性を改善するために、高齢者だけではなく低所得者層の世帯すべての自己負担率を引き下げるべきである。保険料や自己負担を免除する線をどこで引くかについては、生活保護制度の改革（パネル4）の文脈の中で考えなければならない⁴³。

各都道府県での統合は、国による責任放棄を意味するわけではない。給付対象である医療サービスや診療報酬の決定、医療の質や医療従事者の資格付与の基準の設定、さらには所得水準が低く高齢者の割合が大きいといった都道府県への補助金配分などにおいては、国はむしろより積極的に主要な役割を果たすべきである。しかし、医療提供体制への投資やその再構築についての主要な決定は都道府県が行うべきであろう。こうした権限と財政責任の移譲は、日本の公共セクター全体における変革と軌を一に進めてい

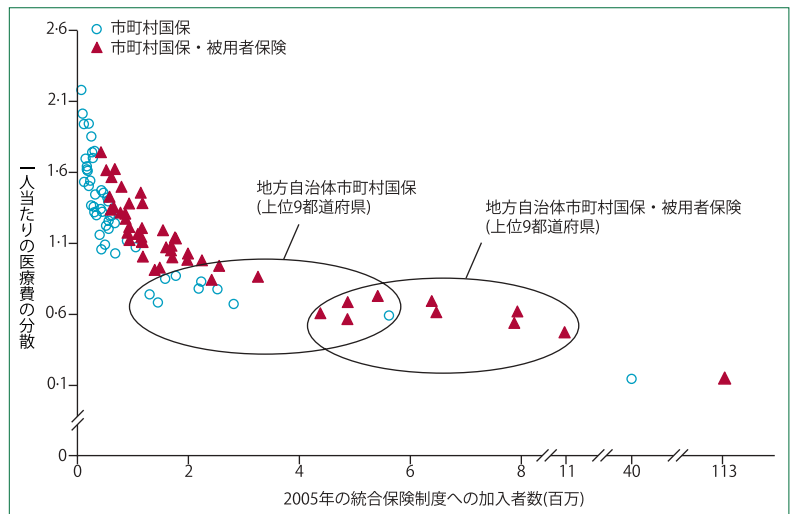


図5:日本における市町村国保と被用者保険を統合した場合の規模(加入者数)と医療費の分散(2005年)

注:1番右端の青い丸と赤い三角は、全国レベルで統合された場合の分散を示している。
出所:厚生労働省(未公開データ)

パネル4:生活保護と貧困層のためのセーフティネット

どのような人を保険料を支払えない人とするかは、社会保険による国民皆保険の前提条件である。日本では、生活保護を受けている人は社会保険に加入しておらず、保険料の支払いや医療費の自己負担も免除されている。生活保護が支払う医療費は全体の3~4%である。生活保護を受けている人の受ける医療サービスは社会保険加入者と同じであり、医療機関には同じ診療報酬が支払われる。

国が定めた基準に該当する人は誰でも生活保護を受ける権利を有するが、実際には生活保護を受けるためのハードルは高い。地方自治体は生活保護資格を与えることを嫌がる傾向がある。それは、自治体が一般財源から支給額の25%を支払わなくてはならないからである。2010年の大阪市では予算全体の17%にあたる額であった。また、濫用がマスコミで報じられれば国民から糾弾される。生活保護を申し込むと、民法で支援を義務づけられている家族にまず援助を申し出るよう言われる。しかし地方自治体には家族からの支援を強制する権限はない。

生活保護受給者は、2011年には過去最高の200万人になり、2010年と比べて10%増加している。国は、生活保護支給額の負担率を現在の75%から引き下げようとしており、都道府県間の生活保護受給者の割合の格差が11倍にもなっていることを指摘している。しかし、地方自治体は、最低限の生活が保障されることは憲法上の権利であるから国が主たる責任を負うべきであり、また生活保護受給者の割合が高い地方自治体は大都市圏にあり、地方と比べるとホームレスの人の割合が高い地域だと主張して、抵抗に成功してきた。生活保護で支給される生活扶助は基礎年金額より高く、生活保護改革が年金改革とも連動しているため、事態はさらに複雑である。医療分野においては、生活保護は隣接する低所得者層、つまり、国民健康保険に加入しながら自己負担が免除されている人々にも関係する。自己負担免除の対象者を決めるのもまた、地方自治体である。したがって地方自治体が財政危機に陥ると、貧困層のセーフティネットが二重の危機に直面することになる。

くことが必要である。

世界への教訓

国際的な観点から見た場合、日本の社会保険制度の主要な業績は、医療システムの公平性を改善しつつ、保険の加入者を拡大し医療費を抑制するという規範的な目標を、時間をかけて達成したことにある。こうした日本の経験は、他国にいくつかの教訓を提供することができる。

まず、国民皆保険制度の達成と、医療給付や自己負担および保険料の公平性の確保は、それぞれ異なる目標であり、異なる長期戦略を要する⁴⁴。国民皆保険制度が達成された1961年より前の1959年、被用者保険の診療報酬が市町村国民健康保険に適用された。高齢者と児童以外の自己負担率が統一されたのは2003年になってからのことである。しかし、医療保険間の保険料率には依然として3倍以上の格差がある。改革は継続するプロセスであり、終わることはない。

2点目は、国民皆保険に向けて国を動かす政治的な推進力の重要性である。日本の医療保険拡大の背景には、1930年代と1940年代には戦時国家の建設を、1950年代から1970年代までは福祉国家の建設をめざす政治があった。戦後の日本の民主主義は福祉国家建設のために重要な役割を担い、国民からの支持や党派間の競争を促すことで医療保険間の自己負担率の格差縮小に向けた試みを後押しした。韓国や台湾で平等に向けた改革が実行されたのも、民主的な政府が選挙で誕生してからのことである⁴⁵。

3点目は、雇用や居住地域によって細分化されている日本の社会保険制度に固有の弱点である。それぞれの保険者でリスク構成や所得水準が異なるため、改革に反対する経済的、政治的なインセンティブが働く⁴⁶。地方自治体が保険料率の設定方法を独自に選択することが可能になれば、こうした障壁は増幅される。日本の社会保険モデルの採用を検討している国は、構造改革への反対意見が深く根を張る前に、この制度の弱点

に対処すべきである。

各著者の貢献

兪炳匡、橋本英樹、松本正俊、馬場園明、渡邊亮はデータ解析を担当した。兪、橋本、松本、馬場園、尾形裕也、渋谷健司、梁奉玟、マイケル・ライシュは本稿にコメントし、ライシュが本稿の改訂を担当した。すべての執筆者が議論に貢献し、最終稿に目を通している。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

貴重なコメントをいただいたジョン・クレイトン・キャンベル氏と武見敬三氏、統計分析で技術的なサポートをしてくれた笠島めぐみ氏、編集を手がけたアンドリュー・ステックリー氏、運営面でサポートをしてくれた山本正氏と鈴木智子氏に感謝申し上げる。本論文はビル&メリнда・ゲイツ財団と米国中華医学基金会の助成、一部、厚生労働省科学研究費からの研究助成(H22-政策-指定-033)を受けている。本稿に記されているそれぞれの著者の考察や意見は個人としての観点から述べられているものであり、すべて個人の責任に帰する。

引用文献

- 1 Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. Social health insurance systems in western Europe. Maidenhead: Open University Press, 2004.
- 2 Hsiao WC. Design and implementation of social health insurance. In: Hsiao WC, Shaw RP, eds. Social health insurance for developing nations. Washington, DC: World Bank, 2007: 21-41.
- 3 OECD. OECD Health data 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 4 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 5 WHO. World health report. Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/whr/en> (accessed April 20, 2011).
- 6 財務省「債務残高の国際比較(対GDP比)」2011年, <http://www.zaisei.mof.go.jp/data/> (2011年7月20日アクセス)。
- 7 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版, 2011年。
- 8 Campbell JC, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system. Cambridge: Cambridge

- University Press, 1998.
- 9 布施昌一『医師の歴史 その日本の特徴』中央公論社, 1979年.
 - 10 Higuchi T. Medical care through social insurance in the Japanese rural sector. *Int Labour Rev* 1974; 109: 251-74.
 - 11 高木安雄「国民健康保険と地域福祉 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点」『季刊社会保障研究』30巻3号239頁, 1994年.
 - 12 社会保険研究所『社会保険のあゆみ』社会保険研究所出版, 1991年.
 - 13 健保連 社会保障研究グループ『図表で見る医療保険(平成22年度版)』株式会社ぎょうせい出版, 2010年.
 - 14 Katsumata Y. Comparison of health expenditure estimates between Japan and the United States. In: Ikegami N, Campbell JC, eds. *Containing health care costs in Japan*. Ann Arbor, MI: Michigan University Press, 1996: 19-33.
 - 15 厚生労働省『患者調査 1950年～2008年』厚生労働統計協会, 2010年.
 - 16 Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une H, Hillman AL. Effects of an increase in patient co-payments on medical service demands of the insured in Japan. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19: 465-75.
 - 17 Ohnuki-Tierney E. *Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view*. New York, NY: Cambridge University Press, 1984.
 - 18 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
 - 19 Ministry of Health, Labour and Welfare. Status of insurance and pensions. *J Health Welfare Stat* 2010; 57: 46-47.
 - 20 池上直己「高齢者医療制度の改革私案」, 『社会保険旬報』2420号16-21頁, 2010年.
 - 21 Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econometrics* 1997; 77: 87-103.
 - 22 O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ* 2008; 27: 460-75.
 - 23 Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 1999; 18: 263-90.
 - 24 van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16: 1159-84.
 - 25 van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ* 2004; 13: 629-47.
 - 26 Lu JF, Leung GM, Kwon S, Tin KY, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Soc Sci Med* 2007; 64: 199-212.
 - 27 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』国民健康保険中央会, 2010年.
 - 28 Federation of Health Insurance Societies. *Fiscal year 2007—data of health insurance societies*. Tokyo: Federation of Health Insurance Societies, 2008.
 - 29 Ministry of Health, Labour and Welfare. *Basic data about health insurance, 52nd edn*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2007.
 - 30 Ministry of Health, Labour and Welfare. *For reference: cost burden. Council for the reform of health system for elders*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.
 - 31 田村誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか? 実証研究の結果をもとに」『社会保険旬報』2192号6-15頁, 2003年.
 - 32 Ministry of Health, Labour and Welfare. *Data 3: projections for national medical expenditures*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2005.
 - 33 Vogel SK. *Japan remodeled: how government and industry are reforming Japanese capitalism*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2006.
 - 34 総務省「長期時系列表 10 年齢階級, 雇用形態別雇用者数一全国」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/zuhyou/lt52.xls> (2011年4月12日アクセス).
 - 35 総務省「産業分類別の結果について」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sangyo.htm> (2011年4月12日アクセス).
 - 36 厚生労働省「『資格証明書の発行に関する調査』の結果等について」2010年, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/h1030-2.html> (2011年7月19日アクセス).
 - 37 Anonymous. *Even with VAT at 10% still not able to pay for social security*. Tokyo: The Nikkei, 2011.
 - 38 Ikegami N. Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31: 1129-49.

- 39 Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Econ Policy Law* 2010; 5: 319-41.
- 40 Moynihan R. Focus on health policy in times of crisis, competition and regulation, evaluation in health care. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2010.
- 41 Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: social solidarity or efficiency? *Int Social Security Rev* 2003; 56: 75-94.
- 42 地域差研究会『医療費の地域差』東洋経済新報社, 2001年
- 43 本田良一『ルポ 生活保護 貧困をなくす新たな取り組み』中央公論新社, 2010年.
- 44 Bump J. The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy. Seattle, WA: PATH, 2010.
- 45 Wong J. Healthy democracies: welfare politics in Taiwan and South Korea. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.
- 46 Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *Am Political Sci Rev* 2000; 94: 251-67.

日本：国民皆保険制度達成から 50 年 3

わが国における医療費抑制と医療の質： トレードオフはあるのか

橋本英樹*, 池上直己*, 渋谷健司, 泉田信行, 野口晴子, 康永秀生, 宮田裕章, ホセ・M・アキン, マイケル・R・ライシュ

平均寿命などの日本の健康指標は、世界でもトップレベルである。一方、2008年の医療費の対国内総生産比は、OECD（経済協力開発機構）加盟国中 20 位の 8.5% であり、米国の医療費の約半分に過ぎない。医療費は全国一律の診療報酬によって管理されており、診療報酬は、全体改定率がまず設定されてから項目別の改定が行われるようになっている。医療の質の構造的側面およびプロセス面は不十分と見られるが、それは、主に日本における医師と病院の発展の歴史的経緯によるものであって、医療費抑制政策によるものではない。一方、手術死亡率などのアウトカムは、他の先進国に劣らない。日本では、支払条件については厳格な管理を行いながら、医療サービス提供の体制については自由放任主義的なアプローチを取ることを医療政策の基本方針としてきた。その結果、医師や病院などの専門家集団のガバナンスが弱く、説明責任が十分果たされてこなかったといえる。医療制度が直面している構造的な諸問題を考慮すれば、報酬ルールを簡素化して支払条件をより緩和する一方、地域医療計画を強化してサービス提供の管理を強める方向へとシフトしていくべきであろう。これらはいずれも、医療提供者のパフォーマンスに対する公的モニタリングを伴わなくてはならない。良好な健康状態と低コストを達成した日本の実績は、まずサービス利用の機会拡大・均等化、および医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することを保健医療政策の最優先課題とし、その後にサービスの効率性と質の向上を追求すべきであることを示唆している。

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

本稿は全 6 本からなる日本特集号「日本：国民皆保険達成から 50 年」の第 3 稿目である。

* 共同筆頭著者

東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学分野（橋本英樹教授）

序論

国民皆保険制度のもとでサービスの質を維持しつつ医療費を統制するにはどうすればよいか、よく議論に上る¹。この点では日本はうまく行っているように思われる。平均寿命などの健康指標が世界トップレベルである一方、医療費はかなり低い—国内総生産（GDP）のわずか 8.5% 程度が保健医療に支出されているにすぎず、2008 年には OECD 加盟国中 20 位であり、米国の半分に過ぎなかった²。

日本では、どのような仕組みによって医療費を抑制してきたのだろうか。日本では、医療費を抑えるために品質管理の面で大幅な妥協をしてきたのだろうか。特に医療に対して高まる社会の期待や技術の進歩、高齢化社会に直面する現在、この医療制度は持続可能なのだろうか。

検索方法と選定基準

PubMed, Medline, JSTOR, Google Scholar を検索し、政府報告書や未発表の国内論文も探索した。医療費抑制策について述べた本論者の第 1 部は、日本の保健医療提供体制・政策の歴史的背景の概略をまとめたものである。共同主筆のこれまでの研究論文、世界銀行その他の国際機関の調査結果報告書を含む国内政策・国際政策に関する他の研究の知見を総合した。また、経済協力開発機構の Health Data, その他の入手可能な国際比較データを用いて日本における医療サービスの利用と資源をベンチマークすることにより、日本と他国の医療制度を比較した。医療の質に関するセクションについては、患者の満足度を含め、医療の質の構造的側面・プロセス面・アウトカム面に関する問題を分析・調査した。

構造的な決定要因の検討にあたっては、患者調査個票を利用した独自の分析により、病院別標準化死亡比に焦点を当てた。プロセスについては、国民健康栄養調査を用い、高血圧症や高コレステロール血症等の慢性疾患に対する臨床的管理に焦点を当てた。アウトカムについては、標準化された全国規模のデータを収集している日本の調査研究を選択し、急性期入院治療の結果、特に手術死亡率に関する既存の論文と文書を徹底的に検討した。さらに、日本胸部外科学会のデータを参照しつつ、心臓血管手術の臨床研修施設制度の施設基準が改定された後の手術死亡率の変化に焦点を当てた。医療の安全性については、財団法人日本医療機能評価機構の年次報告書を参照した。

主要論点

- ・日本の健康水準は世界トップレベルであるが、総保健医療支出の対 GDP 比 (8.5%) は OECD 加盟国中第 20 位に留まる。民間セクターに依存した医療提供制度や出来高払い方式にもかかわらず低医療費水準となっていることは、日本がいかに相対的に低いコストで良好な健康状態を達成したかを示している。
- ・全国一律の診療報酬により支払い額が厳格に管理されており、不況下では政府が価格を一方的に引き下げることができたため、医療費は抑制されている。
- ・医療の質の構造的側面から評価すると、1 病床当たりの医師・看護師数は OECD 加盟国中最も低いレベルである。専門医認定制度は成熟しておらず、総合診療はまだ専門分野として認知されていない。医療の質の評価・改善に関する政府の取り組みは、入院治療に携わる看護師の数にのみ焦点を当てている。
- ・医療の質のプロセス面は、入院治療では標準化が遅れている。さらに外来治療では、高血圧症や高コレステロール血症の有効カバー率が米国の水準を下回っている。しかし、アウトカムで評価すると手術死亡率は他の国と同じぐらい低く、特に大病院では低い傾向がある。
- ・医療費の厳格な管理とサービス提供に対する自由放任主義的アプローチからなる日本の政策は、医療提供者側のガバナンスの弱さと相まって、医療資源の需要と供給の間にミスマッチを引き起こすとともに、医療の質に関する説明責任の確立を阻んでいる。これらの構造的問題に対処するためには、入院治療の診療報酬規定を簡素化して支払条件の柔軟性を高める一方で、地域医療計画を強化し、病院の診療パフォーマンスに対する公的モニタリングを推進することによってサービス提供のあり方を厳しく管理するべきである。またこれには、プライマリ・ケアを確立するための医学教育改革も伴うべきである。
- ・日本のこれまでの経験から、保健医療政策においては、まず医療サービスの利用機会の拡大と受療による世帯の貧困化の予防が優先事項とされるべきだと言える。その後、サービスの能率と質を追求すべきである。

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室 (渋谷健司教授)

東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座 (康永秀生)

東京大学大学院医学系研究科医薬品品質評価学講座 (宮田裕章)

慶應義塾大学学部医療政策・管理学教室 (池上直己教授)

国立社会保障・人口問題研究所 (泉田信行、野口晴子)

デラサール保健科学研究所 (ホセ・M・アキン)

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健・人口学部 (マイケル・R・ライシュ教授)

連絡先：
〒131-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻臨床疫学経済学分野
教授 橋本英樹
hidehashimoto-circ@umin.ac.jp

本論文の第 1 部では、日本が、全国一律の診療報酬を用いてどのように医療費を統制してきたのかを検討する。第 2 部では、構造・プロセス・アウトカムにより医療の質を評価し、なぜ現在の水準が達成できたのかを説明する。第 3 部では、日本が直面している課題と、筆者らの改革案を提示する。最後に、医療費を管理しながら質を維持していく上で、全世界が日本の経験から学ぶべき教訓を提示する。

日本はいかにして医療費を抑制してきたか

過去 30 年間、日本の医療制度は、民間セクターに強く依存した医療提供制度、出来高払い、家庭医によるゲートキーパー機能の不在など、一般的には高いコストを伴うはずの数多くの要因に直面しながらも効果的に医療費を抑制してき

た³。他の OECD 諸国と比べると、日本では人々が医師にかかる頻度が高く、1 人当たりの入院日数が多く、入院期間が長い (表 1)。さらに、65 歳以上の人口は 1980 年に 9% であったのに対し、2010 年には 23% と 2 倍以上に増加している^{4,5}。このような状況の中で、日本はどのようにして医療費抑制を達成したのだろうか。

まずは、入院治療よりも外来治療のほうが多く利用されていることが挙げられる。日本は、1 人当たりの医師受診回数が OECD 加盟国の中で最も多い。1 人当たり病床数も多いが、日本では病床回転率 (OECD 平均が 1 病床当たり年間 43.6 人であるのに対し、1 病床当たり年間 14.8 人) と、1 病床当たりの医師・看護師数 (OECD 平均がそれぞれ 100 病床当たり 99.8 人、248.9 人であるのに対し、100 病床当たり 27.2 人と 117.3 人) が極めて低いため、入院治療の利用は見た目ほどには高くない。これには歴史的な理由がある。

わが国では、ほぼすべての病院が診療所を母体として設立され、拡大されてきた^{6,8}。その結果、病院と診療所の機能分化が未熟で、有効な紹介制度が欠如している。高次病院ですら外来治療の割合が多く、その結果、病院の医師が入院治療に充てられる時間が制限されている。このような状況は、文化的に患者がより非侵襲的な (痛みや危険を伴わない) 治療を好むことと相まって、外科的処置の利用が日本では少ないことの説明になりえるであろう。全身麻酔を伴う外科手術の 1 人当たりの件数は、2008 年に米国が人口 1 千人当たり年間 39 件であるのに対し、日本では 18 件と約半分であった^{9,10}。

日本の医療費抑制の第 2 の理由は、主にその支払制度に求めることができる。供給側に対する医療費抑制は、全国一律の診療報酬により行われている。診療報酬の改定は総枠の改定と項目別の改定からなり^{3,11}、すべての保険者からほぼすべての医療提供者への金銭の流れを統制している。したがって、日本には複数の支払者 (すなわち約 3,500 の保険者) があるにもかかわらず

ず¹²、1つの支払制度が一律に適用されているのである。この構造によって、社会保険制度下のすべての保険者に対して支給パッケージが実質的に同一のものとなり公平性が高まるとともに、管理運営コストの削減により効率性を高めることにもつながっている。

診療報酬で設定されている請求要件の順守状況は、審査支払機関が診療報酬明細書を審査しており、その結果、請求額に占める請求却下率は1.4%となっている¹³。さらに、医療記録の現場における指導・監査も実施されており、その頻度は医療提供者の過去の順守実績により規定される。監査で組織的な不正が発見された場合、医療提供者は、6～12カ月前に遡って不適切な請求額分の報酬を払い戻さなければならない。

診療報酬明細書審査と監査の主な目的は医療費抑制であるが、規定に沿って医師の業務を標準化することで質の管理にも役立っている。医療費を抑制する他の方法としては、保険外請求（診療報酬に記載されていないサービスや医薬品の費用の患者への請求）は、個室などの特別料金や有効性の評価実施中の新技術に関するものを除いて制限されていることや、差額請求（規定価格を超えた部分の費用に対する患者への請求）が禁止されていることなどが挙げられる。

診療報酬の改定は、以下の通り実施される³。

まず、国家の政治経済状況に関する内閣総理大臣の評価を踏まえ、内閣がすべてのサービス・医薬品の全体価格改定率を決定する。このプロセスにおいては、財務省が引き下げを要求し、医療提供者団体が引き上げの陳情を行い、厚生労働省が専門知識を提供して主導的役割を果たす。この改定は2年毎に実施される。2008年度改定においては改定率が0.82%引き下げられ、2010年度改定においては0.19%引き上げられた。全サービス・医薬品の総量は大枠では変わらないことから、この全体改定率の設定により、事実上翌年度の医療費が決定される。

次に、医薬品・医療材料・サービスの価格を項目別に改定し、その正味の影響が全体改定率と同じになるようにする。各改定の影響額はその給付量から計算され、当該給付量は社会医療診療行為別調査のデータに基づいて推計される。これらの項目別の決定は、厚生労働省が任命した支払側・診療側・公益側で構成される中央社会保険医療協議会が公式に決定する。しかし、各項目の価格決定プロセスは専門的であると同時に複雑であるため、実際の交渉は、関係医療提供者団体と厚生労働省医系技官との間で行われる。

医薬品・医療材料の価格は、主として市場価格調査の結果に基づいて改定される。各医薬品

	日本	カナダ	フィンランド	フランス	ドイツ	韓国	メキシコ	英国	米国
65歳以上人口比率 (%)	22.1%	13.6%	16.6%	16.5%	20.2%	10.3%	5.6%	15.7%	12.7%
医療費総額 (対GDP比)	8.5%	10.3%	8.4%	11.1%	10.7%	6.5%	5.8%	8.8%	16.4%
医師の診療回数 (1人当たり)	13.2	5.5	4.3	6.9	7.7	13.0	2.8	5.9	3.9
急性期入院治療、平均入院期間 (日数)	18.8	7.7	5.5	5.2	7.6	NA	3.9	6.9	5.5
人口1000人当たりの急性期病床数	8.1	1.8	1.9	3.5	5.7	5.4	1.6	2.7	2.7
利用可能な1病床当たりの患者回転率	14.8	35.8	NA	51.8	36.6	NA	62.5	49.0	44.2
人口百万人当たりのMRI装置数	43.1	8.0	16.2	6.1	NA	17.6	1.7	5.6	25.9
人口1000人当たりの医師数	2.2	2.3	2.7	3.3	3.6	1.9	2.0	2.6	2.4
人口1000人当たりの看護師数	9.5	9.2	9.6	7.9	10.7	4.4	2.4	9.5	10.8
1急性期病床当たりの医師数	0.3	1.3	1.4	0.9	0.6	0.4	1.3	1.0	0.9
1急性期病床当たりの看護師数	1.2	5.1	5.1	2.3	1.9	0.8	1.5	3.5	4.0

データは参考文献2による。OECD＝経済協力開発機構。GDP＝国内総生産。* 2008年直近年度の入手可能なデータ。カナダとフランスは現役医師数。フランスと米国は現役看護師数。

表1：日本とOECD加盟国との保健医療サービスの利用・支出・資源の比較（2008年）

の価格は、医療提供者の支払った出来高加重平均価格を反映させるよう個別に改定しているが、この平均価格は通常、診療報酬の価格よりも低い。新薬の価格は、その有効性および革新性を既存の医薬品と比較した上で設定される。しかし、費用対効果は考慮されない。さらに、新薬の売上げが製造業者の見込みを超えた場合には、厚生労働省がその価格を一方的に引き下げる。診療行為に対する点数は、回数が大きく増加した場合には、医療費を抑制するために引き下げられることがある。また、当該項目の資本費用が低下したと見なされる場合にも引き下げられる。例えば、2002年度の診療報酬改定では、全体改定率は2.7%引き下げられたにすぎなかったのに、頭部MRIの診療報酬は30%引き下げられた。逆に、医師の往診など、政府が拡大を望むサービスの報酬は、奨励を目的として引き上げられている。したがって、診療報酬体系の改定は、客観的な根拠よりもむしろ政策的な判断に基づいている。

図1に示すとおり、診療報酬全体の改定率は国民医療費の水準に直接反映されている。経済が拡大した1980年代には、国民医療費は経済成長率とほぼ同じ伸び率で増加したため対GDP比は一定であった。ところが1990年代になると、国民医療費が同じ割合で増加した一方、GDP成

長率は停滞し、むしろマイナスにさえなったため、医療費の対GDP比は上昇した。税金と保険料収入が減少した結果、政府による医療費の財源確保はますます困難になった。このような状況に対処するため、政府は2002年度から4回連続で全体改定率を引き下げた。

日本の厳格な医療費抑制政策に関しては、2つの基本的な疑問が生じる。まず、診療報酬の項目別の引き下げに対し、医師たちはどのように反応したのだろうか。次に、医療費抑制策は、医療の質にどのような影響を及ぼしたのだろうか。1970年代、日本政府は医療費抑制に失敗している。強力な力を持つ日本医師会の圧力により全体改定率が引き上げられたのである¹⁴。経済成長期にあったため、政府は医療費抑制よりも、サービスを拡大して増大する医療サービス需要に応えることのほうに関心があった^{8,15}。

ところが1980年代になると状況が一変し、政府は行財政改革に着手し、日本医師会の力は衰退し始めた。しかし、医療費抑制が政策目標になった時点でも、日本医師会が与党である自由民主党の最大献金者であったこともあって、開業医たちは（日本医師会の中核メンバーも開業医だった）かなり保護されていたのである。これとは対照的に、専門医と病院は十分組織化されておらず、政治的な影響力がなかった。1970年代に半数以上を占めていた開業医の比率は1990年代には3分の1に転落したが、専門医と病院の影響力は、政権交代が起こる2009年までは前面には出てこなかった^{6,15}。

医療費抑制政策の医療の質への影響

医療費抑制策は、日本の医療の質にどのような影響を与えたのだろうか。著者らは、患者満足度を含め、ドナベディアン・モデルの構造・プロセス・アウトカムの枠組みを用いて日本の医療の質を評価した¹⁶。医療の質の構造的側面は通常、医療システムへの投入要素、すなわち医療施設の設備や人員の数および水準を指す。この側面に関して、日本はOECD平均と比べて

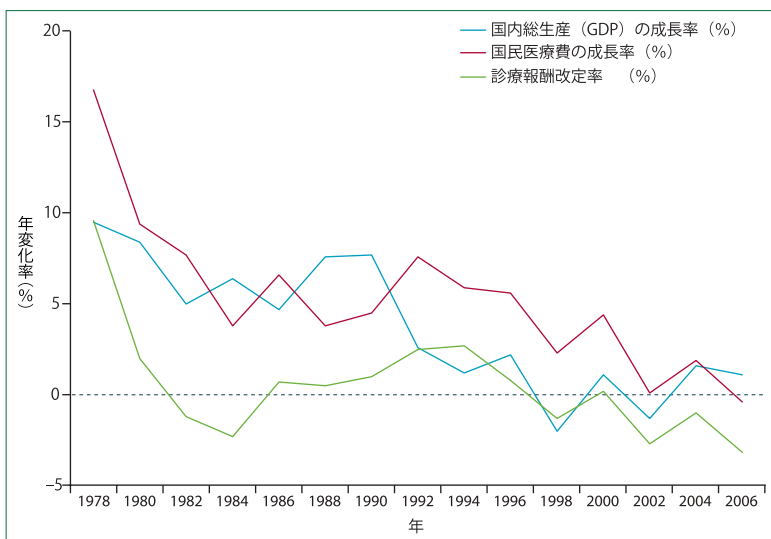


図1：日本の国内総生産と国民医療費の成長率、ならびに診療報酬全体改定率の推移

1人当たりの病院数・病床数が高いが（表1）、その主な原因は、精神科病院以外の病院のほぼ半数が療養病床を有していることにある。急性期病床に分類される一般病床でさえ、患者の34%が30日超の入院をしていた¹⁷。したがって、急性期病床に限定したとしても、病床数と人員レベルを欧米の病院と比較することは難しい。

日本政府はこれまで、医療の質のモニタリングを病床当たりの医師・看護師の数に絞ってきた。配置基準を満たさない病院には、診療報酬引き下げによる制裁が課される。逆に、看護師数が多ければ診療報酬も上がる。このように看護師数を重視してきた理由は、第二次世界大戦の敗戦後に占領軍が改革を行うまで、病院の看護は伝統的に家族が担っていたことに起因している。家族への依存は、私的に雇用された看護補助者（家族による付き添いの代行者）による看護が1997年に正式に禁止されるまで続いた¹⁸。

著者らは、構造とアウトカムの関係を評価するため、患者調査の個票データを用いて病院別

標準化死亡比を計算するとともに、これをアウトカムとして病院報告の人員配置のデータとの関連を検討した（表2。詳細は、ウェブ上の補遺を参照）。入院日数が30日未満の急性期患者に限定して、患者と病院の特徴を加味した調整を行った後の病院別標準化死亡比は、看護師の数ではなく、常勤相当数の医師および薬剤師が多い病院で有意に低かった。標榜診療科数、集中治療病床数と全身麻酔処置件数が多く、入院治療対外来治療の比率が高い病院も死亡比が低かった。この分析結果は、急性期入院治療の予後は、医師・薬剤師・設備が整っていて入院治療の比率が高い大病院で良好であることを示唆している。

医師および看護師の質について、免許を有していること以外、詳細はほとんど注目されてこなかった。日本では専門医と総合医が正式に区別されていないため、OECDデータも日本については専門医と総合医の内訳を示していない。日本では、医師と病院は自らの裁量で専門領域を標榜することができる。医師の3分の2が少なくとも1分野の専門医として認定を受けているが、ほとんどの分野では正式な専門医認定手続が1980年代に始まったにすぎないので、それ以前に研修を受けた医師は正式な研修を経ずに経験年数に基づいて認定されていた¹⁹。さらに、認定プロセスの厳格さは専門医団体の間でばらつきがあり、正式な認定更新手続や研修枠の指定制度がある団体はほとんどない。その結果、脳外科医など一部の専門医は、1人当たりの人数が米国よりもはるかに多くなっている（図2）。

従来は、大学医局が若い医師の専門医教育を担っていた^{6, 21}。大学病院や大病院での研修後も専門医を続ける医師は限られており、残りは専門分野以外の正式な再研修や総合医としての研修を受けないまま、大病院を去って地域の病院に勤務するか、診療所を開く。総合診療は、未だ日本専門医認定機構から専門医として認知されていない²²。診療所に勤務する医師のほぼ全てが、かつて病院で専門医として勤務したこと

	回帰係数, 非標準化	P>Z
人員（常勤換算）		
医師数	-0.300	<0.0001
看護師数	-0.022	0.4169
薬剤師数	-0.252	<0.0001
病院の構造的投入要素		
専門診療科数	-0.149	<0.0001
急性期病床数	-0.120	0.0084
集中治療室の病床数	-0.315	<0.0001
その他の病院特性		
年間全身麻酔処置件数	0.153	<0.0001
大学付属病院	-0.018	0.8339
救急救命部門	-0.401	<0.0001
急性期病床の全病床に対する割合	-0.041	0.4471
外来診療数に対する入院診療数の比率	-0.188	<0.0001

14,309 病院のデータをまとめた。入院期間が 30 日未満の患者に分析を限定するとともに、表に記載の変数の他、病院経営主体と年次ダミー変数に対する調整も行った。データは、厚生労働省の1999年度、2002年度、2005年度、2008年度の患者調査および医療施設調査・病院報告による。

表2：日本の病院の急性期入院治療に関する病院別標準化死亡比（観察値/推定値）の決定要因（1999年～2008年）

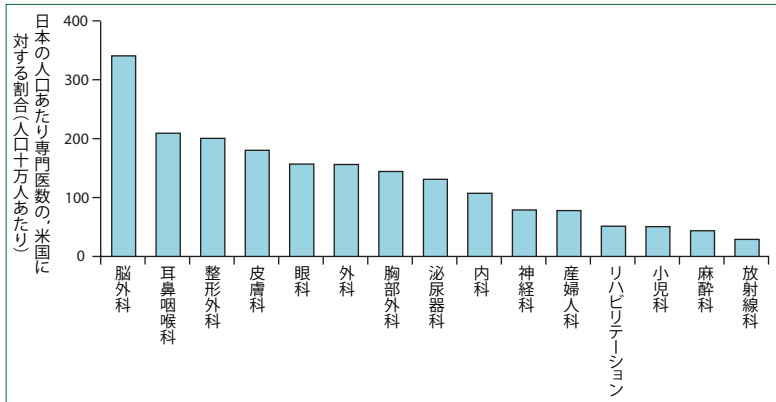


図2:日本の人口あたり専門医数の、米国に対する割合(人口10万人あたり)。
データは、厚生労働省医師の需給に関する検討会資料による²⁰。

がある(パネルの事例)²²。構造的側面についての上記の検討は、質の問題が医療費抑制策によるものではなく、主としてこうした歴史的経緯によるものであることを示している。専門医の研修と認定制度について専門医組織のガバナンスが弱く、それが供給と社会のニーズのミスマッチを引き起こしている^{21,22}。

医療プロセスの質は、医療プロセスの標準化に左右される²³。専門的治療の標準化にとって主な障害の1つとなるのが、医師が専門学会や病院ではなく、出身大学の医局に帰属意識をもつ傾向があることである。医師の診療パターンは、出身大学の医局・教授の流儀によって特異的に形作られる傾向がある。また医療の質をモニタリングする職員を擁している病院も極めて少ないが、一定の努力も行われている。1995年に病院の機能評価を行う非営利団体が設立され²⁴、2010年には病院の約30%がその認定を受けている。他にも、約300の病院が急性心筋梗塞に対するアスピリンの使用など、臨床プロセス指標を公開する研究ベースのベンチマークプロジェクトに参加している²⁵。

外来サービスは、患者が容易にアクセスできるため、降圧剤の普及につながり脳卒中による死亡率の低下に寄与したと見られている²⁶。しかし、2007年度国民健康栄養調査を用いた筆者らの分析によれば、高血圧症および高コレステ

ロール血症を抑える薬剤を現在処方されている患者のうち、目標数値を達成したのは半数にすぎなかった。さらに、地域の未診察・未治療患者の割合は、米国の2007年度全国健康栄養調査(National Health and Nutrition Examination Survey)²⁷の推計数よりも多かった(糖尿病治療については、異なるHbA1c基準が用いられているため比較できなかった。図3)²⁸。筆者らの分析結果は、日本の非感染症死亡について高血圧がタバコに次ぎ依然として2番目に大きな要因となっていることを示した、本特集号の第1論文²⁶の検討結果を裏付けるものである。高コレステロール血症による死亡率は今のところ低い、このリスク要因は日本ではまだ比較的新しい。したがって、高コレステロール血症の管理が不十分なために引き起こされる結果は、これから顕著になってくる可能性が高い²⁹。慢性期治療の質が不十分であることを示すこれらの結果は、日本に総合診療の標準的ガイドラインと研修制度がないことと、予防サービスと治療サービスが分かれていることがその原因であろう。ただし、2008年にメタボリック症候群の健診が導入されて以降、状況は改善されている³⁰。

一方、医療の質をアウトカムによって評価した場合、急性期入院治療の水準はかなり高いように思われる。日本の手術死亡率が他の先進国と比べて低いことは、いくつもの調査が一貫して報告しているところである³¹⁻³⁶。近年行われたがん生存率に関する国際比較によれば、日本の直腸がんおよび乳がんの生存率は他のOECD諸国と同様であった³⁷。先行研究でいずれも同様の結果が見られているのは、外科手術が妥当な実績件数のある専門診療科をもつ施設で行われる傾向にあることに帰せられるかもしれない。2008年には、全身麻酔を伴う外科手術の81.0%が病床数200超の病院で行われているが、このような病院は精神科病院以外の病院の17.5%を占めるにすぎない。

日本では医師1名・1機関当たりの外科症例

数が少ないが、それでもアウトカムと症例数の間には関係が見られるのであろうか。日本における症例数とアウトカムの関係について行われた一連の研究では、一定の結果は得られていない^{32, 33, 36, 38-41}。非外科的急性胆管炎患者に関する最近の研究によると、施設症例数の少なさと、診療ガイドラインに定められた標準診療プロセスの順守率の間には負の相関があり、さらには入院の長期化・死亡率の上昇との有意な関連性が見られる。すなわち、医療の標準化がキーである可能性が示唆されている⁴²。その点で、日本胸部外科学会による臨床研修施設の認定基準の改正は、症例数がアウトカムに与える影響を評価する上で、ユニークな社会実験になっている⁴³。自ら行った分析により症例数と手術死亡率との関連性が示されたことを受けて³⁸、日本胸部外科学会は2004年に臨床研修病院の認定条件である年間手術数を引き上げた。その結果、47都道府県のうち24都道府県で認定病院数が減少した。その後、これら24都道府県では手術死亡率が減少し、都道府県間の格差が縮まったが、外科手術数の減少は全くなかった（未公開データ、問い合わせにより著者より提供可能）。

最後に、プロセスの質においてもアウトカムの質においても、有害事象の報告は重要である。大学付属の教育病院での医療過誤事件をきっかけに、病院の安全性に関するマスメディアのキャンペーンが行われた1999年以来、急性期入院治療の安全性に対する一般市民の要求が高まっている⁴⁴。この要求がきっかけとなり、特に集中治療やハイリスク治療を行っている大病院では、品質基準が引き上げられた領域のひとつに安全管理も入れられたのである。2004年の医療法改正により、特定機能病院および公的病院（2008年12月31日現在272病院）は、安全措置の策定と共有を目的として有害事象の報告を義務づけられたが、報告を強制されたからといって、病院の責任が免除されるものではなかった⁴⁵。2008年の年次報告書によれば、致命的事象の発生率は0.07%と低かった。しかし、報

パネル：満足した田中さん（事例）

田中さんは48歳（女性）、銀行の窓口担当である。職場で年1回の検診を受けたが、初めて結果が思わしくなかった。血清LDLコレステロール値が4.66 mmol/L（180 mg/dL）であり、高コレステロール血症と診断された。健康診断書を受け取った2週間後、職場健康センターの保健師が彼女のオフィスに連絡してきて、面談の予約がされた。保健師は田中さんとの面談後、高コレステロール血症と虚血性心疾患の家系であることから、病院でLDLコレステロールを検査してもらうよう勧めた。彼女の自宅から歩いて5分のところに個人開業医の診療所があり、内科と外科が専門となっていた。

診療所を初めて訪れた時は、5分しか待たなくてよかった。医師は、近隣の大学病院で消化器外科に勤務していた経歴の持ち主だった。彼女の健康診断書を見てLDLコレステロール濃度が高いことを確認した後、血液生化学検査を指示した。それから、食事制限や他の非薬物的管理について話し合うこともなく、すぐさまプラバスタチンを処方し、2週間後にあらためて来院するよう言った。田中さんはその日から薬を飲んだ。しかし1週間後、ふくらはぎに筋肉痛を感じ始めた。最寄りの薬局で薬を買った時にもらった情報シートを見ると、その症状はプラバスタチンの副作用である横紋筋融解症によるものかもしれないことが分かった。彼女は服薬を中止し、自宅から30分のところにある大学病院の外来を訪れた。予約なしで受診でき、1時間待たされたが、自分の選んだ医師に診察してもらった。

大学の医師は内分泌代謝疾患が専門であったが、10分ほど診察した後、服薬を中止し、代わりに向こう3か月間入念な食事制限と運動により、LDLコレステロールを下げるよう指導した。3か月後、彼女のコレステロールの数値は改善した。1時間待ったが、それだけの価値があったと田中さんは思った。

注：このパネルは、日本の保健医療制度の諸問題を強調するための架空の事例であり、日本の医療現場を代表するものではない。

告を義務づけられた272病院のうち68病院が、その年は有害事象を1件も報告していなかったことから、過小報告されている可能性が高い。

他のOECD諸国と比べると、日本では患者の満足度が低いようだ⁴⁶。しかし、満足度は患者の期待、そしてサービスが提供される状況に左右されるため、国際比較を行う際には注意が必要である。それ以上に意味のある比較は、満足度がどのように変化したか、である。厚生労働省が実施している時系列横断調査がある（受療

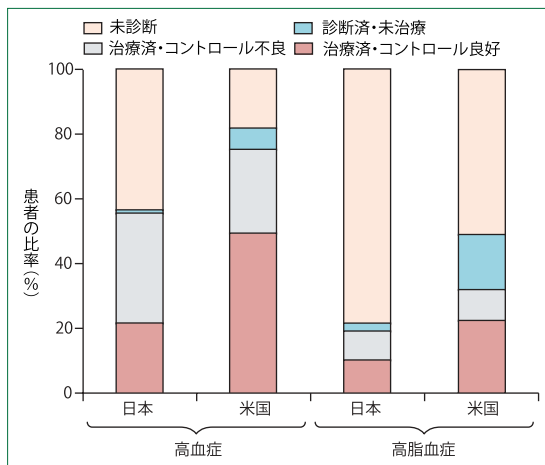


図3: 日本と米国における高血圧症および高コレステロール血症の診察率と管理の状況
 データは、日本の2007年度国民健康栄養調査と米国の2007～2008年度全国健康栄養調査による。最高血圧が140 mm Hgを超えたものを高血圧とした。血清LDLコレステロールが3.10 mmol/L (120 mg/dL)を超えたものを、高コレステロール血症とした。

行動調査)が、この調査によれば、外来治療の満足度は1994年には48%であったが2008年には58%に上昇しており、入院治療については54%から66%に上昇している⁴⁷。診察時間についての患者満足度は低下しているが(2008年は48%が満足)、病院の外来部門に通院する患者の外来診察時間の中央値は8分であり⁴⁸、英国のプライマリ・ケアで報告されている値とほぼ等しい⁴⁹。

日本が直面する課題と改革案

日本の医療制度には、2つの対照的な特徴がある。診療報酬により支払いの管理を厳密に行っている一方、サービス体制の構築・提供に対しては自由放任主義的アプローチを取ってきた。医療費は、全体改定率を設定し、その上で特定のサービス・医薬品の項目別価格改定を設定することで抑制されてきた。報酬点数は通常引き下げられたが、特定分野で不足が認められると引き上げられ、サービス提供が促された。病床の設置と拡充は1985年以来規制されているが、病院は、任意に機器を購入し、比較的自由に専門診療科を開設することができる。ほぼすべての病院に、専門診療科の予約がなくても受診できる外来がある。自分が選んだ病院で病

床の空きが出るまで待ちたくない患者や待てない患者は、担当医師の出身大学の医局と提携している他の病院へ紹介される。その結果、日本では入院や外来受診するための待機期間や予算制約による割り当て配給が社会問題になったことはない。

しかし最近では、医療費を抑制し質を維持する仕組みがいくつかの理由により成り立たなくなっている。まず第1に、2009年8月、50年以上にわたってほぼ政権の座にあった自由民主党が選挙で敗北した。民主党による新政権は、医療費を増やし利益団体(日本医師会など)との癒着を断ち切ると公約した。これは、病院が見つけずに妊婦が死亡した事件を、日本における「医療崩壊」だとメディアが報道したことに対する新政権の反応であった^{44, 50}。公約を実現するため、2010年度診療報酬改定において全体改定率が0.19%引き上げられ、日本医師会選出の中央社会保険医療協議会の委員3名全員が再任されず、外科手術などの入院処置について選択的に点数が引き上げられた。

第2に、医療費を抑制するために使用された手法、すなわち項目別改定と診療報酬明細書の審査はもはや大部分の入院治療には適さなくなっている。現在、病院の急性期病床の大部分は、日本版診断群分類(DPC)によって設定された出来高払いと日額包括支払制度の組み合わせにより報酬の支払いを受けている⁵¹。この新しい支払制度は、出来高払いは基本的に医療費増大につながると考えた支払者からの圧力により、2003年に80の大学病院と2つの国立センターに導入された。しかし、支払者たちがその目的を達成したかどうかは疑わしい。なぜなら、病院は出来高払いが適用される外来治療へサービスを移し替え、患者を点数の高いグループへコーディングしなおすことができるからだ。診断群分類情報に基づく病院監査や成果主義報酬といった新しい手法が、今後開発導入されることになるだろう。

第3に、医師がもっと説明責任を果たすよう、

患者の期待と要求が高まっている。1999年以降、患者の死亡につながる過失や医療記録改ざんによる医師の逮捕がメディアで広く取り上げられている⁵²。2008年に産科医が全面無罪を勝ち取って以来、検察はより慎重になっているが、医師たちは未だに臨床判断の説明・記録を求める大きなプレッシャーを感じている。ある研究によれば、急性期医療を行う大病院の医師および看護師はストレスが増え、報酬が不十分であると感じている⁵⁰。

第4に、病院の質を維持しようとする政府の取り組みでは、看護師の数が問題にされている。しかし、筆者らの分析によれば、看護師数は、医師および薬剤師の数とは違って、病院の死亡率とは関係がなかった。一定の最低水準の数を満たすことが入院治療の質を確保する前提条件だろうが、勤務している看護師の技能をどう保証するか、看護業務をどう組織的に構築するかのほうが、おそらく重要であろう。

では、日本の医療の質を高めるために何ができるのだろうか。医療費抑制と医療の質とのトレードオフはあったのだろうか。筆者らはそうは思わない。むしろ医療費抑制策が将来的に撤回される可能性はないことを考えれば、医療の質を改善するいくつかの構造改革を勧めたい。これらの改革を実施すれば、医療への公的資金投入の増加について、一般市民の支持が高まるはずである。

まず第1に、診療報酬により支払条件を厳格に管理する一方で、サービス提供の管理に対しては自由放任主義的アプローチをとっている現在の政策を見直し、サービスの組織化と提供の方法に対する管理を強めつつ支払要件の柔軟性を高めていくべきである。これらの変化により、病院と医師双方の効率が上がり、高品質医療の提供についてより一層の説明責任を果たすようになるだろう。DPCの導入と普及によって、すでに第一歩が踏み出されている。病院は、より自由な包括的請求を認められる代わりに、標準化されたデジタル形式による詳細な臨床情報の

提供を義務づけられている。これらのデータに基づき、自発的な品質改善を目的とするベンチマークプロジェクトがいくつか立ち上げられている²⁵。これらを拡張すれば、地域医療計画と政策評価のための公的データベースになり、ひいては資源配分の効率が上がり、医療の質に関する病院間の競争が促進されるだろう。政府は、医療の質に関するデータ収集を療養病床にも拡大すべきである。なぜならば、2006年以降はその支払いも患者分類に基づいているからである⁵³。

第2に、サービスの提供・管理に関する都道府県の権限を強めるべきである。都道府県知事は1985年から地域医療計画の実施を義務づけられているが、病床数の上限設定を除き、ほとんど進展がない。日本のすべての保険者を都道府県単位で統合すれば（本特集号の第2論文で詳細な議論が提示されている）¹²、都道府県は保健医療の財源調達についてより一層責任を負うことになり、医療提供の効率化を求める圧力にさらされるだろう。胸部外科などのように症例の集積効果が報告されている専門分野や優れた実績を挙げている病院については、資源の集中化を図るべきである。

最後に、日本の医学教育制度を改革して医療の質を高めるべきである。全医師の3分の1が開業医でありプライマリ・ケアに当たっていることから、大学医学部は自らの教育研修制度を見直し、専門医を育てるだけでなくプライマリ・ケアの教育も行うべきである。大学の医学教育を所管する文部科学省は、研究実績を柱とする現在の大学医学部の評価制度を、医療に関する社会のニーズにどれだけ応えているかも取り込んだ評価制度へと転換すべきである。大学医学部という強力な体制側からの反対を乗り越えなければならぬため、この改革には政治的に強いリーダーシップが必要となる。

世界への教訓

構造的側面およびプロセス面から評価すると

日本の医療制度の質は多くの問題を抱えているとはいえ、総合的な健康指標は優良である。2000年以降医療費抑制圧力が増していったが、にもかかわらず健康指標は改善し続けているだけでなく、患者の満足度評価も上昇し続けている。それぞれの臨床的アウトカムを評価してみると、他の先進国と同等かそれ以上の成績を挙げている。これらの乖離はどのように説明できるのだろうか。

1つの答えは、医療の質の構造的側面およびプロセス面はアウトカムにとってさほど重要ではない、ということかもしれない。そうだとすれば、医療政策においては、保健医療サービスの利用機会の拡充を図ることと、医療費の支払いによる世帯の貧困化を予防することの2点を、優先的政策目標とするべきであろう。この点に関して、外来重視の日本の医療制度はおおいに成功しており、その最大の要因は診療報酬の規制にあると考えられる。出来高払いによる支払いは医療費増加につながると批判されているが、日本では医療費は診療報酬の全体改定と項目別改定によって抑制されてきたのである。医療費を抑制するには、診療報酬よりも総枠予算制や人頭払制のほうが効果的かもしれないが、これらは医師がサービス提供するインセンティブを促すものではない。日本の診療報酬の設計は、政策決定者による意図的判断の結果というよりも、これまでの偶然の出来事の結果である。しかし、支払いを厳格に管理していない国あるいは主に公営病院に頼っている国では、日本式の医療費抑制・公平性維持の方法は貴重な教訓になりえる。

日本の診療報酬の改定はダイナミックなプロセスであり、全体改定率の政治的・経済的環境、医療提供者間の力の均衡、項目別改定による利益相反を反映している。そうしたなか、収入は少なくとも自ら研さんしてきた専門分野でキャリアを続ける都市部大病院の専門医と、収入は高いが地方病院に勤務する医師や診療所のプライマリ・ケアに従事する医師との間では、暗黙

のバランスが維持されている。2011年の東日本大震災の犠牲者を助けようと自発的に取り組んでいる姿から分かるように、どちらも人々の医療ニーズに応えようとしている。構造的側面およびプロセス面から評価すると医療の質は不十分なのに、なぜマクロ的健康指標や入院治療から評価した医療のアウトカムが良好であるのかという問いに対しては、個々の医師の高い職業倫理がその説明になりえるだろう。

しかし、一般市民の高まる期待と、自らの生活の向上を願う医師たちの高まる希望を満たすには、もはや職業倫理に頼るだけでは十分ではないだろう。もっと多くの資源を保健医療に割り当てて欲しいと思うなら、医療の質をモニタリングし、医療の質をめぐる競争を高める組織的な仕組みによって、医師は自らの説明責任遂行力を高めていかなければならない。特に、アウトカムデータを統合的に収集し、その結果を広めていくことを、医療専門家と政府は連帯責任を持って推進していかなくてはならない。

各著者の貢献

橋本英樹と池上直己が本論文を共同責任者として起草した。渋谷健司、ホセ・M・アキン およびマイケル・R・レイシュは批判的意見を出し、論文の改訂に貢献した。橋本、宮田裕章、康永秀生、野口晴子および泉田信行データ分析を実施した。全著者が議論に貢献し、本稿の最終版に目を通し承認した。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

貴重なコメントを寄せて下さった武見敬三教授、スーディア・アナンド教授と東尚弘博士、資料を提供頂いた松田晋哉教授、尾形裕也教授、西田在賢教授、デービッド・エバンズ博士と野田光彦博士、技術編集をして頂いたスーザン・ハバード氏、運営面でご支援頂いた山本正氏、鈴木智子氏と藤田ひゆこ氏（財団法人日本国際交流センター）に感謝します。この著作物は、部分的にビル&メリнда・ゲイツ財団および米国中華医学基金会からの資金提供、厚生労働省の研究補助金（H22-政策-指定-033）、独立行政法人日本学術振興会（JSPS）の研究補助金（最先端研究開発支援プログラム [FIRST プログラム]：総合科学技術会議によって開始された）を受けている。著者らが本刊行物で表明

した見解および意見は個々の立場で表明したものであり、各自の責任である。

引用文献

- 1 Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. London: Oxford University Press, 2004.
- 2 OECD. OECD health data 2011. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 3 Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 26-36.
- 4 National Institute of Population and Social Security Research. Selected demographic indicators for Japan, http://www.ipss.go.jp/p-info/e/S_D_I/Indip.html (accessed July 23, 2011).
- 5 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision population database. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed August 1, 2011).
- 6 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣, 2010年.
- 7 Ikegami N, Campbell JC. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood)* 1999; 18: 56-75.
- 8 Campbell JC, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system. New York, NY: Cambridge University Press, 1998.
- 9 Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare. Byoin houkoku [hospital report] 2008. Tokyo: Health and Welfare Statistics Association, 2009.
- 10 HCUP-US Databases. Healthcare cost and utilization project (HCUP) 2007, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, USA. www.hcup-us.ahrq.gov/databases.jsp (accessed July 23, 2011).
- 11 Wagstaff A. Health systems in east Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers? Policy Research Working Paper 3790. Washington, DC: World Bank, 2005.
- 12 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- 13 健康保険組合連合会 社会保障研究グループ『図表で見る医療保険 (平成 22 年度版), ぎょうせい, 2010 年.
- 14 Takagi Y. The Japan Medical Association and private practitioners' income. In: Ikegami N, Campbell JC, eds. Containing health care costs in Japan. Ann Arbor, MI: Michigan University Press, 1996: 278-85.
- 15 高木安雄「第 I 部 第三章 診療報酬の変遷とその経済的効果」社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会, 1997 年.
- 16 Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- 17 厚生労働省『患者調査』厚生統計協会, 2007 年.
- 18 Ikegami N, Fries B, Takagi Y, Ikeda S, Ibe T. Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities. *Gerontologist* 1994; 34: 628-39.
- 19 出月康夫『わが国の卒後教育と専門医制度の改善のために』日本外科学会 110 巻第 3 号 115-19 頁, 2009 年.
- 20 Commission on Physician Supply, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2005. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a4.html> (accessed July 23, 2011).
- 21 Matsumoto M, Okayama M, Inoue K, Kajii E. Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: a survey of 3072 doctors in Japan. *Aust J Rural Health* 2005; 13: 219-25.
- 22 Koike S, Matsumoto S, Kodama T, Ide H, Yasunaga H, Imamura T. Specialty choice and physicians' career paths in Japan: an analysis of national physician survey data from 1996 to 2006. *Health Policy* 2010; 98: 236-44.
- 23 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- 24 Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation. *Health Policy* 2003; 66: 29-49.
- 25 Department of Health Economics, University of Kyoto Graduate School of Medicine, 2010. Quality improvement project. <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/> (accessed July 23, 2011).
- 26 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- 27 Centers for Disease Control and Prevention. US

- National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2008. http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/nhanes2007-2008/nhanes07_08.htm (accessed July 23, 2011).
- 28 The Committee of the Japan Diabetes Society on the Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus, Seino Y, Nanjo K, Tajima N, et al. Report of the Committee on the Classification and Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus. *J Japan Diab Soc* 2010; 1: 212–28.
 - 29 Kita T. Coronary heart disease risk in Japan—an east/west divide? *Eur Heart J* 2004; 6 (suppl A): A8–11.
 - 30 Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, et al. The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. *Int Heart J* 2008; 49: 193–203.
 - 31 Motomura N, Miyata H, Tsukihara H, Okada M, Takamoto S. First report on 30-day and operative mortality in risk model of isolated coronary artery bypass grafting in Japan. *Ann Thorac Surg* 2008; 86: 1866–72.
 - 32 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K. Volume-outcome relationship in rectal cancer surgery: a new perspective. *Surg Today* 2009; 39: 663–68.
 - 33 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K, the Japan Neurosurgical Society. Risk-adjusted analyses of the effects of hospital and surgeon volumes on postoperative complications and the modified Rankin scale after clipping of unruptured intracranial aneurysms in Japan. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2008; 48: 531–638.
 - 34 Yasunaga H, Nishii O, Hirai Y, Ochiai K, Matsuyama Y, Ohe K. Impact of surgeon and hospital volumes on short-term postoperative complications after radical hysterectomy for cervical cancer. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35: 699–705.
 - 35 Yasunaga H, Tsuchiya K, Matsuyama Y, Ohe K. Analysis of factors affecting operating time, postoperative complications, and length of stay for total knee arthroplasty: nationwide web-based survey. *J Orthop Sci* 2009; 14: 10–16.
 - 36 Yasunaga H, Yanaihara H, Fuji K, Horiguchi H, Hashimoto H, Matsuda S. Impact of hospital volume on postoperative complications and in-hospital mortality after renal surgery: data from the Japanese diagnosis procedure combination database. *Urology* 2010; 76: 548–52.
 - 37 Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al, and the CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9: 730–56.
 - 38 Miyata H, Motomura N, Ueda Y, Matsuda H, Takamoto S. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008; 135: 1306–12.
 - 39 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K. Effects of hospital and surgeon volumes on operating times, postoperative complications, and length of stay following laparoscopic colectomy. *Surg Today* 2009; 39: 955–61.
 - 40 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K. Effects of hospital and surgeon case-volumes on postoperative complications and length of stay after esophagectomy in Japan. *Surg Today* 2009; 39: 566–71.
 - 41 Yasunaga H, Yanaihara H, Fuji K, Matsuyama Y, Deguchi N, Ohe K. Influence of hospital and surgeon volumes on operative time, blood loss and perioperative complications in radical nephrectomy. *Int J Urol* 2008; 15: 688–93.
 - 42 Murata A, Matsuda S, Kuwabara K, et al. An observational study using a national administrative database to determine the impact of hospital volume on compliance with clinical practice guideline. *Med Care* 2011; 49: 313–20.
 - 43 Makuuchi H. Board of cardiovascular surgery in Japan; past, present, and future. *Jpn J Surg* 2009; 110: 133–38.
 - 44 Leflar R. Unnatural deaths, criminal sanctions, and medical quality improvement in Japan. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2009; 9: 1–51.
 - 45 Japan Council for Quality Health Care Division of Adverse Event Prevention. Project to collect medical near-miss/adverse event information 2008 annual report. Tokyo, Japan, 2008. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_english_2008.pdf (accessed June 1, 2011).
 - 46 OECD. Society at a glance 2002: OECD Social Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
 - 47 厚生労働省『平成 20 年 受療行動調査』厚生統計協会, 2009 年.
 - 48 茅野真男『内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査』2005 年 7 月, 中央社会保険医療協議会 Home Page (<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/vAdmPBigcategory10/CE1046CC631E395949257031000BB60C?OpenDocument>)

- (2011年7月23日アクセス).
- 49 Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 1012-20.
- 50 Yasunaga H. The catastrophic collapse of morale among hospital physicians in Japan. *Risk Manag Healthc Pol* 2008; 1: 1-6.
- 51 Matsuda S, Ishikawa K, Kuwabara K, Fujimori K, Fushimi K, Hashimoto H. Development and use of the Japanese case-mix system. *Eurohealth* 2008; 14: 25-30.
- 52 Yasunaga H. Legal intervention against medical accidents in Japan. *Risk Manag Healthc Pol* 2008; 1: 39-42.
- 53 Ikegami N. Games policy makers and providers play; introducing case-mix-based payment to hospital chronic care units in Japan. *J Health Politics Law* 2009; 34: 361-80.

日本：国民皆保険達成から 50 年 4

人口の高齢化と幸福：日本の公的介護保険政策からの教訓

田宮菜奈子*, 野口晴子*, 西晃弘, マイケル・R・ライシュ, 池上直己, 橋本英樹, 渋谷健司, 河内一郎, ジョン・クレイトン・キャンベル

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61221-X

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61098-2

本稿は全6本の日本特集号「日本：国民皆保険達成から50年」の第4稿目である。

* 共同筆頭者

筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻ヘルスサービスリサーチ分野 (田宮菜奈子教授, 西晃弘)

国立社会保障・人口問題研究所 (野口晴子)

ハーバード大学公衆衛生大学院社会・人間開発・健康学部 (西晃弘, 河内一郎教授)

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健・人口学部 (マイケル・R・ライシュ教授)

東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学教室 (西晃弘)

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室 (渋谷健司教授)

東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学分野 (橋本英樹教授)

東京大学高齢社会総合研究機構 (ジョン・クレイトン・キャンベル教授)

ハーバード大学計量社会科学研究所 (西晃弘)

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 (池上直己教授)

ミシガン大学政治学部 (ジョン・クレイトン・キャンベル教授)

日本は、長寿と低出生率により人口が急速に高齢化し、従来の支援ではもはや高齢者を取り巻くさまざまな問題に対応することが困難になっている。これに対し、日本政府は、高齢者のより自立した生活を支援し家族介護者の負担を軽減するため、2000年に公的介護保険制度を導入した。公的介護保険制度は、社会保険の原則に基づき、所得や家族の状況に関係なく給付が行われ、適用範囲と給付の両面においてきわめて寛大である。現金は支給されずサービスのみが提供され、受給者はサービスとサービス提供者を選択できる。制度導入前後に実施された国民生活基礎調査に基づいた本稿の分析によれば、家族の費用負担が少ない公的介護の利用は増加しているものの、家族介護者の主観的健康感については統計的に有意な効果を確認することはできなかった。制度を成功させる上での課題としては、在宅介護に対する不満、家族介護者への必要な援助の提供、財政的持続可能性が挙げられる。このような日本の介護政策は、他国にとって教訓になりうるものである。

序論

先進国では急速に高齢化が進んでいるが、そのスピードは日本が最も速い。1950年の日本国民はきわめて若く、1990年に至っても65歳以上の人口はわずか12%程度で、これは同年の米国と同じであり英国などの先進国からは大きく下回っていた^{1,2}。しかし、戦後のベビーブームの後、出生率が激減し平均寿命が上昇した²。そ

して、2010年までに、65歳以上の人口は1500万人から2900万人——人口の23%という世界で最も高い割合¹——へとほぼ倍増した。高齢者の絶対数はまもなく4000万人程度で安定するだろうが、若年者数は急速に減少し続けると予想されている²。したがって、2050年には日本の高齢者人口比率は世界最高になり、全人口の40%が65歳以上になる¹。このような人口推移は、まもなく同様の状況に直面することになる他国の政策決定者にとって、日本のこれまでの経験と将来展望が重要な教訓になることを意味する。

日本の高齢者の所得・健康・家族生活は他国の高齢者と比べてどうなのだろうか。

2005年に60歳以上を対象に実施された国際調査³によれば、日本人の57%が経済的に問題なしと回答したのに対し、米国は36%、ドイツは33%、フランスは18%となっている。日本の65歳以上の世代の平均可処分世帯所得は18~65歳世代の86%であるが、経済協力開発機

検索方法と選択基準

公表済みの学術著作物の定量・定性データを用いて、日本の公的介護保険制度の影響を検討した。1990年から2011年にかけて公表された調査研究を、「保険、介護」または「高齢者向け保健医療サービス」と「日本」というキーワードの組み合わせによりPubMedおよびWeb of Science (Thomson Reuters) で検索した。英語で書かれた刊行物は、PubMedが193件、Web of Scienceが164件であったが、日本の公的介護保険制度に関するそれらの評価の背景に基づき、本稿との関連性を1件ずつ判定した上で目を通した。他にも、関連性がある場合は、公表済みの学術著作物や非学術文献、書籍の関連する章も含めた(日本の人口動向・公共政策・医療費財源や、他国の介護状況など)。

構（OECD）加盟国の平均は82%である⁴。日本の公的年金は多くの欧州諸国と比べるとやや低いですが、日本では高齢者の多くが仕事をしているため——65歳以上の男性の約30%、米国の場合は22%（欧州はもっと低い）——彼らの平均所得はかなり高い³。さらに、多くの人が多額の貯金をしている^{5,6}。したがって、相当数の人（特に単身の高齢女性）が公的支援や親類の援助をあてにしなければならない状況にもかかわらず、所得格差が大きく、日本の高齢者は平均的には裕福である^{7,8}。

健康については、上記の国際調査によれば³、60歳以上の日本人の85%が日常生活に支障がないと答えたのに対し、米国・ドイツ・フランスの場合は65%以下である。主観的基準に基づいたものではあるが、健康寿命（HALE）に関しても、日本は1位である（男性が73歳、女性が78歳）^{9,10}。さらに、65歳以上の日本人女性の83%が80歳まで生きているが、この数字は他国よりも3%高い（米国は70%、英国は72%）¹⁰。日本では、医療費が米国や英国に比べてはるかに低いにもかかわらず、このように高齢者の良好な健康状態が実現されているのである¹¹。

家族についてみると、1960年には、65歳以上の日本人の80%以上が子どもと同居していた¹²が、米国で子どもと同居する高齢者の割合が70%であったのは1860年が最後である¹³。また1990年代中頃の北欧・西欧では、子供と同居していたのは60歳以上の高齢者人口の15%であった¹³。しかし、近年、日本の居住形態も大きく変化してきた。2010年度国勢調査の速報値によれば、子どもと同居している高齢者の割合は41%に低下し、配偶者のみと同居している高齢者の割合（33%）、独居高齢者の割合（16%）、施設で生活している高齢者の割合（6%）はすべて上昇していた。しかし、それでもなお、日本の子どもとの同居率は他の先進国に比べるときわめて高く、日本の文化ではこのような生活が標準的であるとみなされている。^{13, 15-17}

主要論点

- 日本の65歳以上の高齢者人口は、2010年には2900万人、人口比23%に達し、過去20年でほぼ倍増した。人口動向予想によれば、高齢者人口は約4000万人で横ばいになるが、若年人口比率は減少し続ける。
- 日本は、2000年に強制加入方式の公的な介護保険を導入した。この制度は、適用範囲と給付水準の点において、世界で最も寛大な制度の1つである。
- 10年に及ぶ経験から、支出を目標人口の増加率に保てることを含めて、公的介護保険制度が効果的かつ管理可能なものであることが示されている。
- 日本の公的介護保険制度はサービスのみを提供しており、「現金給付」は実施していない。最も利用率の高いサービスは高齢者デイケアで、190万人が利用しており（65歳以上の高齢者の6.5%）、虚弱高齢者とその家族介護者両方に便益をもたらしている。
- 公的介護保険制度の導入により公的介護サービスの利用が急増し、個々の家計の経済的負担は減少した。また、本稿の実証分析によれば、機会費用が高いと考えられる高所得世帯の家族介護者の労働参加率が増えた。
- サービスのみを提供するという方針、専門家の助言を得た上での消費者による選択、管理面の柔軟性を持たせた包括的な組織化、高齢の要介護者への特化などの際立った特徴は、世界中の介護政策立案者や専門家に重要な教訓を提供する。

このように、全人口が減少し、若年労働者数が減少していくと見込まれる中で、日本経済を維持し、増加する高齢者を支えていくには、克服すべきさまざまな課題がある。第一に、公的年金と雇用機会の拡大を通じて高齢者の所得を維持することである。第二に、妥当な費用で良質の医療を提供することである。そして第三として、心身の障害により弱くなった高齢者が良質な生活を維持できるようにすることである。本稿では、これら諸問題のうち、第3の課題について、特に介護保険という日本の革新的対応に焦点をあてて論じていく。

日本の介護政策

すべての先進国で、要介護者を含む高齢者が増加している^{1,18}。同時に、子どもの数が減少し家庭の外で仕事をしたいと望む女性が増えたため、家族から介護を受けることはますます難しくなる（ただし、家族による介護は今なお、高齢者介護の最も重要な供給源である）。多くのOECD加盟国では、体系的・包括的な介護制度を導入することでこれらの問題に対処してきた¹⁹。多くの福祉国家が国家による福祉を削減している時代にあって、日本の介護政策の拡充は、先

連絡先：
〒150-0012 東京都渋谷区
広尾 5-23-2-1005
教授 ジョン・C・キャンベル
jccamp@umich.edu

進国の中でも異例である。

日本では、虚弱高齢者に対する関心は、長期間にわたり、福祉政策の中心となってきた²⁰。1963年に、小規模ではあったが、介護施設とホームヘルパーに対する公的支出が始まり、1970年代初めには、厳しい政治的困難に直面した与党・自由民主党が、戦後の好景気に乗じて入院をも含む高齢者の自己負担分を廃止し、高齢者医療費無料制度を導入した²¹。そのため、医学的根拠のない、いわゆる社会的入院が増え、現在でも65歳以上の高齢者のうち50万人以上が病院で暮らしている²⁰。他方、入院以外の高齢者へのサービスは徐々にしか増加せず、主として低所得で家族からの支援を期待できない人に限定されていた。こうした状況は、1989年—日本経済が景気の絶頂期にあり、かつ、自由民主党が、突如として総選挙直前に虚弱高齢者の介護に対する政府の責任を拡大することを決定した時—まで続いていたのである。政府の責任の拡大は、10年間で施設の病床を2倍にし、高齢者向けの在宅サービスおよび地域サービスを3倍にするという明確な目標を掲げた、いわゆる「ゴールドプラン」あるいは「高齢者の健康福祉のための10カ年戦略」として法制化された²¹。

ゴールドプランはまたたくまに浸透したが、一方で深刻な問題も引き起こした。増税が危惧される水準にまで支出が増加し、人員不足の地方自治体では管理面でのさまざまな困難に直面することになる。つまり、受給資格の条件、提供サービスの種類と費用、有償無償の区分といった主要な運用基準が地方によって大きく異なっていたのである。厚生省は、これらの問題に対応するため、1990年代中頃から、社会保険により介護を提供する体系的制度の策定に着手した。

そして、公的介護保険が1997年に法制化され、2000年に施行された^{20, 22}。公的介護保険の公式な目的は、介護を必要とする人が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」支援することであった²³。他の目標としては、競争の導入、消費者

による選択、従来規制されてきた営利企業の参入²⁴、人々を病院から在宅へと移行させることによる医療費の節減²⁴、施設介護に比した地域介護の重視²⁰、そして、最も重要な目標の一つとして、家族介護者の負担軽減があった²⁵。

日本と他国の介護保険の比較

介護政策を拡充してきた国の間には制度設計の点で大きなばらつきがある²⁶。相違点として挙げられるのは、税を財源としているか社会保険であるか、全年齢を対象としているか高齢者のみに絞っているか、所得審査が厳格か穏当か、あるいはまったくないか、受益者による費用負担率が高いか低いか、あるいはまったくないか、適用範囲が広い狭いか、現金給付が多いかほとんどないか、介護者が主として家族か、移民などの非正規労働者か、監督者の下で正規のサービスを提供する訓練を受けたプロフェッショナルか、などを含む。日本の制度（パネル参照）は、財源の半分が税金、半分が社会保険であり、高齢者のみを対象とし、所得審査がなく、受益者による費用負担は穏当で、適用範囲が広く、給付が多い。現金給付はなく、他国でしばしば見受けられる住み込みの移民労働者による非正規介護が日本ではほぼ皆無であることが、その理由の1つになっている。日本の公的介護保険制度は、主として次の2つのことに依拠して設計されている。1つめは、ゴールドプランによって顕在化した諸問題に対処すること、2つめは、ドイツおよび北欧型アプローチの両者を融合するような制度とすること、である^{20, 25, 27}。

まず、ドイツの場合と同様、この制度は北欧的な税方式の地方サービスではなく、社会保険の原則に基づいて運営されている。これは、ゴールドプランが税方式のサービスであったために支出増から増税が危惧されたので、増税よりも社会保険料のほうが受け入れられやすかったためである。第2に、北欧とは異なり、日本では一定額の給付を受け取る権利が付与されており、受給者は希望するサービスやサービス提供者を

選択することができた。北欧では、受給資格、給付規模、サービスおよびサービス提供者の選択に関する決定は地方自治体のケースワーカーが行ったが、その際、所得や家族による介護の可能性を考慮に入れることができた。日本でもゴールドプランのときはそうだったが、ガイドラインが明確でなく、地方の管理運営が乏しかったため、しばしば恣意的な決定が下されることもあった。新しい介護保険の下では、受給資格原則を厳格に適用することが強調され、サービスおよび営利企業を含むサービス提供者を選択する権限を地方自治体ではなく受給者に付与した——こうした制度設計に対して、北欧型アプローチを理想としていた社会福祉専門家は愕然としたのである。

第3に、日本は適用範囲と給付がきわめて寛大であり、ドイツや米国など他の多くの国に比べると公的介護費が多い(図1)^{26, 29}。受給資格を決定するための算定方式はドイツのものと同原則では類似しているが、ドイツよりもはるかに制限が少ない。日本では、65歳以上の高齢者人口の約17%が受給資格を認定されているのに対し、ドイツの場合は10%である。さらに、同様の障害レベルにあるドイツ人に比べ、日本人は約2倍の額の地域サービスを利用することができる²⁴。この寛大さの主な理由は、ゴールドプランでは介護ニーズが比較的少ない多くの人々が比較的高い給付を受けていたことによる。政治的にも、この新たな制度は後退を許されなかったのである。

第4に、北欧型アプローチとの主な類似点は、日本の介護保険がサービス(現物)給付型のシステムであることである。ドイツでは、受給者はサービスの代わりに現金給付を選択することができ、用途も制限されていない³⁰。したがって、ドイツの介護保険は明らかに、家族による介護を奨励するよう設計されていた。一方、日本の公的介護保険は、政府に介護の一部を担わせることで家族介護者を援助するよう設計されていた。現金給付によって介護者の大きな負担が軽

パネル：日本の公的介護保険制度

「介護保険」は文字通り介護の保険を意味するが、強制加入方式の公的長期ケア保険というほうが正確な言い方である。その目標は介護の社会化であるが、つまり、政府が所得水準や非公的介護の利用可能性にかかわらず、すべての人に介護を提供するということである。公的介護保険は社会保険制度として運用されているが、支出の半分は税金を財源としている。40歳以上の全国民が保険料を支払い、65歳以上の全国民(および加齢に伴う疾病により介護を必要とする40歳以上64歳以下の全国民)に受給資格がある。保険料は、40歳以上64歳以下については所得の約1%であるが上限が設けられており、65歳以上の保険料は平均して約4,600円(1ドル=130円換算—パネル内換算では以下同様)／月(購買力平価価格レート)であるが、所得水準に応じて調整される。地方自治体が保険者であり、その管轄域内に居住する65歳以上の高齢者の保険料を3年ごとに支出予想に基づいて設定する。

受給資格は、日常生活活動に基づく74項目の調査項目をもとに、コンピュータによりあらかじめ7段階(要支援1,2,要介護1~5)のいずれかに分類し、その後、専門家委員会が検討し最終決定する。各段階には、給付として購入できるサービスの上限額が設定されており、約50,000円／月から360,000円／月に及ぶ。在宅サービスの場合、ほとんどの受給者は上限一杯まで利用することはなく、必要なもののみを利用している(ほとんどの人の利用率は40~60%)。受給者は、10%の自己負担金を支払う。施設介護利用者の生活費に見合う分として約26,000円／月を支払うが、低所得者の場合は免除されるか上限が設けられている。

受給資格が認定されると受給者はケアマネージャーを選び、ケアマネージャーが介護計画を作成し週間介護サービス予定を決める。受給者が介護計画とサービス提供者を承認するとサービスが開始される。再評価は2年ごとに(または要介護度が低い場合は6カ月ごとに)、あるいは健康状態が悪化したときは要請に応じて実施される。

対象となるサービスは多様で充実している。在宅であれば、ホームヘルパー(家事の補助と日常生活の介護)や訪問看護、入浴、改築、補助装置など、居宅外であれば、デイケア、リハビリ付きデイケア、ショートステイなど、施設サービスであれば、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設などがある。さらに准施設費用には、民間介護施設や認知症グループホームなどの介護費用が含まれる。

サービス提供者としては、地方自治体、第3セクター福祉法人、非営利団体、病院、営利企業(営利企業では介護施設の開設は認められていない)などがある。これらの団体は市区町村や都道府県の認可・監督を受ける。各サービスの料金は中央政府が設定し、3年ごとに改定される。

減されることはないであろうと考えられたからである。

日本の介護制度は導入から10年以上経っており、現在では500万人近くが利用している³¹。施設での受益者数は83%増加したが、それ以上に注目すべきことは、在宅サービスおよび地域サービスを受ける人が制度導入後の10年間で203%も増加したことである³¹。2011年1月時点で、約140万人がホームヘルパーによる訪問介護を受けており、約190万人が通所サービスを利用していた³²。日本では実際、65歳以上の

全高齢者の約 6.5%が通所サービスに通っている（ドイツやスウェーデンでは 1%に満たない）³³。介護保険サービスの拡充は、日本の高齢者の日常生活に大きな変化をもたらしている。日本が、こうした重要な社会政策部門において先進国のリーダーになったのは初めてのことである。

公的介護保険制度の導入効果

過去 10 年間で介護保険サービスが急速に拡大したことを考えると、これらのサービスが念頭に置いた受益者——サービス受給者本人、家族介護者、家計——に与えた影響を評価することには価値がある。本稿では、日本の公的介護保険制度の導入効果を、マクロおよびミクロの観点から定量的に評価した結果を提示する。分析に用いたデータは国民生活基礎調査^{12,34}——施設に入っていない国民を対象に全国規模で 3 年に 1 度定期的な実施されている横断的調査（リピーテッドクロスセクションデータ）——による。本稿では、「差の差」推計法を用いて、公的介護保険導入前の 1998 年から導入後の 2004 年にかけて、虚弱高齢者（家族により、日常生活に見守りや援助が必要であるとされた高齢者）のうち、公的な有料サービスを利用した者とサービスを利用しなかった者とのアウトカムの変化を比較検証した。データの処理方法や分析手法についての詳細は、ウェブ上の補遺にまとめられているので、参照していただきたい。掲載した表に分析結果がまとめられている。

公的介護サービスの利用率

図 2 を見ると、虚弱高齢者による公的介護サービスの利用は 1998 年には 52%であったが 2001 年には 76%に急増し、それ以降 2004 年までは横ばいとなっている。この結果は、公的介護保険制度の導入により、有料の公的介護サービスを利用する機会が地域において著しく改善したことを示す確固たる証拠である³⁵。他方、サービスの利用状況は世帯所得によりばらつきがあった。1998 年の公的介護サービスの

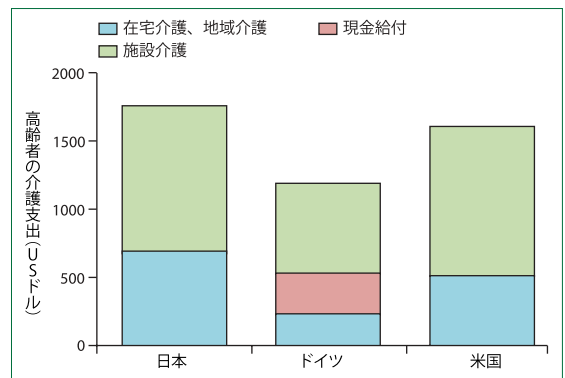


図 1 日本、ドイツ、米国における介護支出(2005年)

概算支出額は他の公表データとは異なる。その原因は、公的支出のみを算入し、65歳以上の高齢者向けのサービス・支援のみを対象とし、介護としばしば合算される退院後の治療を除外しているためである。米国については、メディケアに基づくすべての急性期後治療を除外しているが、メディケアに基づく在宅医療・パートBおよび補助装置支出については、他国では在宅介護・地域サービスに含まれているため算入した。米国とドイツについては、65歳未満の若年者向けの支出を推計し除外している。日本の場合は、65歳以上の高齢者に関する正確なデータがあるが、65歳以上の長期入院患者については、他国の介護施設における介護と同等の介護を受けているので、医療保険からの支出額を推計し算入している。為替レートを調整して物価に合わせるため購買力平価を用いた。出典：J・C・キャンベル、他²⁸。

利用率はどの所得層でもほぼ同じで、虚弱高齢者の 50%強であった。しかし、介護保険が導入され利用が増加した後の利用率は、高所得世帯が低所得世帯をわずかに上回ってはいるが有意に——約 4%ほど——上回った。欧州でも同様に、公的サービス利用率は所得層間で大きなばらつきがあり、たとえばドイツでは高所得世帯がはるかに高い^{26,36}。

高齢者の幸福

日本のさまざまな地域における各種公的サービス（訪問介護などの在宅介護、デイケアやショートステイなどの地域介護、施設介護など）の効果をさまざまなアウトカム（死亡率、機能状態、施設入所、要介護度、栄養状態、介護負担など）で評価した研究がある³⁷⁻⁴³。これらの先行研究に見られる公的介護保険の導入効果は、一貫性がなく必ずしも明示的ではない。ある研究によれば³⁷、デイケアサービスの利用頻度が高いほど地域在住の虚弱高齢者の死亡率が低くなるが、別の研究は⁴¹、デイケアの効果にはそれほど肯定的ではない。ある研究によれば⁴² ショートステイとデイケアサービスの利用は高

ウェブ上の補遺を参照

高齢者の施設入所や入院を予防する効果があるとされているが、他の研究では³⁹ショートステイの利用と要介護度の悪化の間に関連性があると報告されている。デイケアおよび在宅介護は受給者の健康にプラスの影響を与えているようだが、公的介護保険制度導入の全体的な影響についてはいまだはっきりしていない。

本稿での分析（表参照、「差の差」推計に基づく）によれば、高齢の受給者の主観的健康感についても日常活動遂行能力についても、総合的に有意にプラスの影響は出ていない。この分析結果は、いくつかの先行研究⁴³と整合的であり、虚弱高齢者の健康や機能の改善よりも現状レベルの維持のほうが、公的介護保険制度の目標として適切であることを暗示している。

家族介護者の幸福と機会の喪失

家族介護者のストレス・意欲・負担について分析を行った研究は数多くがあるが、それらの結果には一貫性がない^{15-20, 22, 23, 44-51}。日本では、公的介護サービスを利用することが家族介護者の身体的な介護負担を軽減することが繰り返し報告されており、また、心理面の負担についても統計的に有意な減少が見られることを示す研究もある^{44, 49, 52}。しかしながら、本稿での分析では、家族介護者の主観的健康感に対する公的介護保険制度の導入効果は確認できなかった。

また、本稿では家族介護者が介護や仕事などの活動に費やした時間に介護保険がどのように影響を与えたかについて検証を行った。全調査対象者の平均介護時間は公的介護保険導入後に著しく（0.81時間/日）減少し、介護と仕事以外の活動時間は0.67時間/日ほど増加した。しかし、その効果は世帯所得によりばらつきがある。中所得世帯と高所得世帯の介護時間はそれぞれ0.81時間/日、1.36時間/日減少したが、低所得世帯の場合、これらの変化は統計的に有意ではなかった。この分析結果は、所得が低い世帯ほど公的サービス利用率が低いことと整合的である^{35, 52}。

さらに、高所得世帯の場合、介護保険導入後は家族介護者が就労する確率が実質的に高くなっており、仕事時間が4.57時間/週ほど増加している。低中所得層の就労確率は介護保険導入前よりも後のほうがやや高いが、労働時間は減少している（どちらの場合も統計的に有意とまではいえない）。低中所得層は介護と仕事以外の活動時間がほぼ1時間増えた。具体的には、低所得世帯が0.9時間/日、中所得世帯が0.84時間/日である。高所得層の場合、その他の活動時間が0.5時間増加したが、この結果は統計的に有意ではなかった。世帯所得による効果にこうした違いが生じた原因としては、高所得世帯の家族介護者（大半は女性）は介護の機会費用が高く、労働市場に参入すればより高い賃金を得ることができるためと考えられる。さらに、事業主は、比較的所得が高いフルタイムの労働者にのみ介護休暇を認める傾向がある⁵³。

家計

家計の公的介護支出の割合は、介護保険導入前と比べ、2004年には5%減少している。この変化はすべての所得層についてほぼ同じであった。要するに、家族介護者にとっての介護保険の経済的メリットは明らかであるが、家族介護者の負担感に対する影響については、はっきりした結果を得ることはできなかった。さらに、世帯所得によって公的介護保険制度の導入効果が異なるということは、興味深い結果である。こうした結果は先行研究とも合致している⁵⁴。しかしながら、公的介護保険制度の導入効果については、今後さらなる調査研究を行う必要があるだろう。

公的介護保険と日本人の家族観

日本の公的介護保険制度は、受給者本人である高齢者の心身の衰えや家族介護者の負担感にかかわる問題を解決していない。どのような制度であれ、介護制度ができる最大のことは、心身が弱体化せざるをえない高齢者を自立させ、

生活の質を高めることである。また、家族介護者にとっては、介護による負担感や、老齢により心身が衰えていく配偶者や両親に対する心配が、政府の制度によって解消されることはない。介護制度は家族介護者の負担の軽減に役立つが、世界中のどの国や地域でも——高度に発達した制度を有する北欧でさえも——地域に暮らす虚弱高齢者に対する介護の大半は家族介護者が担っている⁵⁵。

したがって、効果を判定する基準は、他国の介護制度に比べて、日本の公的介護保険制度が高齢者および家族介護者をどの程度支援しているか、である。これには2つの側面がある。本稿の主要テーマである制度設計と、公的介護保険制度が日本の社会的・文化的環境にどのように適合しているか否か、である。前者についてはすでに前段で述べたが、後者もまた重要な課題であり、日本人の家族観について検討しておく必要がある。

日本の伝統的な家族では、年老いた両親の介護は長男の妻の責任であった。これは、長男の妻が、嫁として初めて家族の一員になったとき

から長年いろいろな意味で教え導いてくれた義理の母（姑）に対して、最後に果たすべき役割であると考えられていた。こうした見方からすれば、親の介護はすべて、長男の嫁が引き受けなければならない義務とみなされる。同じ家に同居し、1日24時間奉仕するのである⁵⁶。現在では、虚弱高齢者の主たる介護者が嫁であるのはわずか20%にすぎない。子どもと同居する高齢者の割合は著しく減少しているとはいえ、依然として約40%を超えており、家族介護の標準的なあり方として世間的に認知されている。保守的な人々はこのような介護のあり方を日本的な家族の価値観を具現化していると考えているが、フェミニスト的な考え方からするとこれは搾取以外のなにものでもない。嫁による介護は搾取であるという考え方が広がり、結果、日本の公的介護保険制度は、長男の嫁の義務の一部を公的介護サービスに置き換えることで家族介護者の負担を軽減し、外で仕事をしたり他の活動をしたりすることができるように、彼らの選択の自由を拡充しようとするものである。

こうした政策は、家族による介護に報い奨励

帰帰モデル*	サンプル全体 (95%信頼区間)	世帯所得層 (95%信頼区間)			
		低位	中位	高位	
高齢者への影響					
主観的健康感 †	ロジット	1.03 (0.84 to 1.26)	0.91 (0.63 to 1.31)	0.85 (0.60 to 1.22)	1.28 (0.91 to 1.81)
IADL 自立の有無 ‡	ロジット	0.96 (0.80 to 1.14)	0.77 (0.57 to 1.05)	1.15 (0.84 to 1.56)	1.04 (0.76 to 1.40)
家族介護者への影響					
主観的健康感 †	ロジット	0.98 (0.82 to 1.18)	0.96 (0.69 to 1.32)	1.03 (0.73 to 1.44)	0.99 (0.72 to 1.36)
1日当たり介護に費やす時間	トービット	-0.81 (-1.19 to -0.43)	-0.45 (-1.13 to 0.23)	-0.81 (-1.45 to -0.18)	-1.36 (-2.01 to -0.71)
労働参加の有無 ¶	ロジット	1.09 (0.89 to 1.33)	0.89 (0.63 to 1.26)	0.85 (0.60 to 1.21)	1.72 (1.22 to 2.44)
1週間当たりの労働時間	トービット	1.25 (-0.36 to 2.87)	-0.62 (-3.37 to 2.12)	-0.55 (-3.44 to 2.35)	4.57 (1.77 to 7.37)
介護・仕事に費やす以外の活動時間	トービット	0.67 (0.27 to 1.07)	0.90 (0.20 to 1.61)	0.84 (0.14 to 1.53)	0.50 (-0.17 to 1.17)
家計への影響					
家計に占める公的介護支出割合	最小二乗法 (OLS)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.04 (-0.05 to -0.03)	-0.06 (-0.07 to -0.05)
<small> 高齢者への影響と家族介護者への影響では、推定の基となったサンプル数が異なる。高齢者への影響については、サンプル総数が n=9597、低所得層が n=3164、中所得層が n=3176、高所得層が n=3257 である。家族介護者への影響については、サンプル総数が n=8738、低所得層が n=2938、中所得層が n=2800、高所得層が n=3000 である。CSPLC= 国民生活基礎調査、IADL= 手段的日常生活動作。* 1日当たりの介護や労働時間などの時間数を従属変数とする推定にトービットモデルを使用したのは、こうした時間変数が「24時間」の打ち切りデータのためである。ロジットモデルによる推計はオッズ比を、トービットモデルによる推計は限界効果を、通常の最小二乗法による推定は係数をそれぞれ表示している。世帯所得の欠損値は多重帰帰によってインビデーションを行った。 † 非常によい/よい対ふつう/悪い/とても悪い。 ‡ IADLに支障あり対支障なし。 ¶ 働いている対働いていない。 </small>					
表：1998年と2004年における国民生活基礎調査 (CSPLC) による「差の差」推計					

することで伝統的価値観を維持しようとするドイツの現金給付の考え方とは対照的である。ドイツでは、介護者の年金拠出金も対象となっており、有給雇用と同様に休暇が与えられる³⁶。しかし、ドイツおよび現金で介護手当を支給している他のすべての国の支給額は、雇用による賃金に比べてはるかに少ない。その結果、家族介護者は、キャリアを形成する機会もなく、時間や心理的な負担が増える一方の仕事を引き受けながら、わずかばかりの所得しか得ていない²⁶。

しかし、そうかといって、日本の公的介護保険制度も家族介護者を完全に解放しているというわけではない。実際、公的介護保険制度が導入された際、施設に対する需要が急増した。これは、親を介護施設に入れることで、介護に対するすべての責任を移譲することとなり、はじめて負担が完全に軽減されうるという考えによって説明できるのかもしれない。しかし、介護施設を増やし、高い費用のかかる施設介護を促進することに対して、政府は積極的ではなく、結果、膨大な数の施設待機者が生じる事態となった⁵⁷。その結果、家族介護者が利用することができたのは在宅介護やデイケアなどの在宅サービスであったが、これらのサービスは、介護が片時も休めない義務であると考えられている間は、家族介護者の負担を軽減するのに十分なものにはなりえなかった。だからこそ、多くの女性が介護政策に不満を持ち続けているのである。実際、日本の施設入所率（65歳以上の高齢者人口の約5.5%）はOECD平均（3.3%）よりも高い⁵⁸。在宅サービスは、他のどの国や地域よりも日本のほうがはるかに充実している。しかし、多くの家族介護者は伝統的な家族の価値観の中で具現されると期待されるものに左右されながらも、それから解放されたいと願っている。こうした家族介護者が抱えるジレンマに対して解決策を提供しない介護政策が成功することはありえないだろう。

それでも、現在、公的介護保険制度自体は新

たな方向に向かっている。日本の伝統的な家族の価値観によれば、自尊心のある嫁であれば見ず知らずの人を家に入れて年老いた親を介護させたりしないし、ましてや姑をデイケアに行かせるなどはもってのほかであった。しかし、一旦公的介護サービスが広がると、最も古めかしい農村地域においてでさえ、このような公的介護サービスの利用が一般化し、受け入れられた^{59,60}。やがて、自立に対する考え方を含め、これまでの高齢者とはかなり異なる人生経験や理想をもつベビーブーム世代が高齢期を迎える。日本の家族介護者の抱えるジレンマは特に切実であるが、それは、どの国の家族介護者についても基本的には同じである。大部分の人は、負担を感じつつも、一方では愛情や助けてあげたいという思い、他方では義務感や社会的圧力から介護を続けているのである。効果的な介護政策はこれらの感情を和らげはするが、完全になくしてしまうことはできない。

日本の挑戦と対応、そして提言

ある意味、日本の公的介護保険制度は、かくも大規模かつ革新的な制度をすでに導入している、という点において最大の課題を克服している。導入当初は、多くの人々は、この制度に対してどちらかという悲観的であった。『ランセット』の2000年の論文では、「日本の高齢者における保険制度導入時の混乱」と題してこの制度を取り上げている⁶¹。実際には、この制度は、行政上の困難もほとんどなくすぐさま創設され、日本の社会政策の一環として受け入れられ、多くの支持を受けている。しかし、それでもなお、対応しなければならない未解決の問題や他の課題が存在している。

公的介護保険制度が家族介護者の負担を軽減したことを示す実証的根拠は少なく、また、広く支持されているにもかかわらず、一般的にこの制度は不十分であると批判されつづけている。明らかに、サービスの制約が問題なのではないであろう。受給資格はあってもサービスをまっ

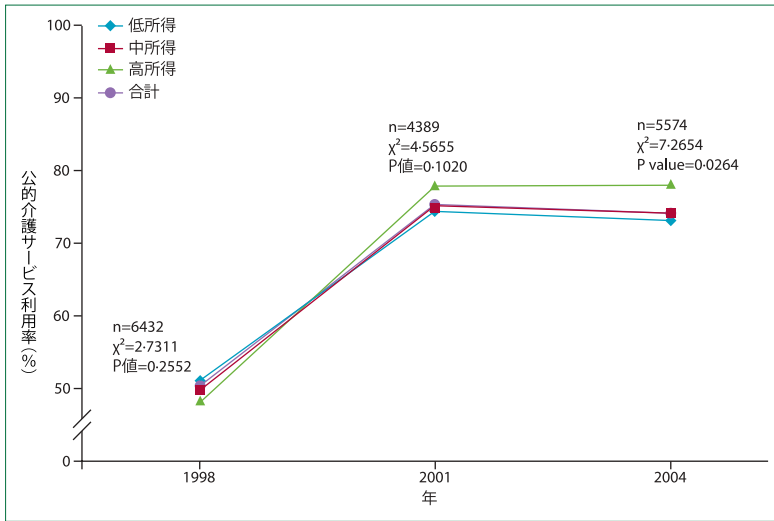


図2: 世帯所得(3分位)別, 公的介護保険制度導入(2000年)前後における65歳以上の虚弱高齢者による公的介護サービス利用率の推移

データは, 国民生活基礎調査(CSPL)に基づく本研究による分析に基づく。2001年の国民生活基礎調査は, 1998年および2004年と同様, 厚生労働省によって実施された。出典: 厚生労働省¹⁾。

たく利用しない人もおり, 平均すれば, 在宅ケアの利用者は要介護認定を受けた高齢者のわずか40~60%程度にとどまっている。10%の自己負担率がある程度利用を抑制している。たとえば, 中程度の障害を持つ要介護者が受給上限の半分程度を利用した場合, 約12,000円(1ドル=80円換算) / 月を支払うことになるが, 支出を増やしたくないため利用を増やさないのかもしれない。しかし, 低所得者の月々の介護保険料には上限が設定されているので(また, 公的援助を受けている場合はサービスが無料なので), 多くの人にとっては, 自己負担額がサービス利用を増やす上での大きな障害になっているとは思われない(図2)。

人々が不満を抱え続けている理由は, 家族介護者にとって特に重要な特定のサービスが不足しているためかもしれない。当初は, ホームヘルパーの夜間訪問が継続的に利用できるはずだったが(「いつでも, どこでも」がスローガンだった), このサービスは財政的にもロジスティックスの面からも提供が困難なため, 政府の取り組みにもかかわらず, 実際に提供されている地域はまれである。ショートステイ——介護施設への短期入所——は広く利用されている

が(35万件/月)³¹⁾, 需要が多いため施設のベッド数が不十分であり, 多くの地域では数週間前に予約する必要がある。

こうした問題に対して, 政府はどのように対応すべきだろうか。夜間訪問やショートステイを増やしたり, 会社から介護休暇をとりやすくして家族介護者が良好なワークライフバランスを維持するのを援助したりすることも有効な手立てであると考えられる。それ以外にも, 娘や嫁, 自身が高齢者である配偶者など家族介護者の援助を明確な目的とするサービスをさらに充実させることが必要である。

有効な手立てとして, 次の2つの方向性が考えられる。第1に, メタ解析によれば, 家族介護者の意欲を向上させ, 抑圧やストレスを解消するには心理的社会的な介入が有効でありうる^{62, 63)}。日本の家族介護者は, 介護についての情報や助言を得る機会が多いが, 正式な心理カウンセリングを受けるといふ機会にはあまりめぐまれていない。カウンセリングについては, 訓練された専門家がほとんどおらず, 医療保険での診療報酬があまりにも少なすぎるためである。したがって, 本稿では, 公的介護保険制度の枠組みにとらわれず, 専門家による家族介護者向けのカウンセリングサービスを開発することを提言する。

第2に, 同じような状況に置かれている隣人や地域の人々とのより密なつながりは, 家族介護者にとって助けとなるであろうし, また, 公的介護保険制度の中には地域のさまざまな団体を通じて実施するほうがより効果的なものもある。最近の取り組みの一例として, 家族を中心とした地域住民が関与する, 地域に暮らす高齢者向けの, デイケア, ショートステイ, 限定的在宅支援を組み合わせた小規模多機能型居宅介護センターがある。また, 地域包括支援センターは, 相対的に軽い要介護者のケアプラン作成, 高齢者虐待への対応, 地域のさまざまな団体との連携を図っており, こうした取り組みをさらに発展すべきである²⁵⁾。多くの地域で, 一般の

市民や地域社会のリーダーによって、いわゆる認知症サポーターネットワークが形成されつつある。本稿でのもう1つの提案は、より地域に根ざしたこうした取り組みをさらに発展させるということである。

本稿での実証分析によれば、公的介護保険制度の導入により、高所得世帯の家族介護者が就労する確率と労働時間は増えたが、低所得世帯については、介護時間は減少しているものの就労確率と労働時間は増加していない。世界中どこでも、低所得世帯の女性が最もよい仕事を得るには障害があるが、特に日本ではそうである⁶⁴。介護政策自体が労働市場の不公平さに対して大きな影響を行使するというのではないが、いくつかの緩やかな改革がなされることによって事態が好転する可能性はあるだろう。たとえば、キャリア形成を望む女性に対しては、高齢者がデイケアを受けている間に専門職業訓練を提供する、などの施策である。このような訓練は、高齢者が死亡した場合や施設に入所した場合に、労働市場に対する彼らの参入障壁を低くするのに重要になるかもしれない。長期間にわたって介護に従事してきた中高年の家族介護者ほど、良質な非常勤の仕事につく機会を必要としている。また、公的介護保険制度はそれ自体、女性に大量の雇用機会を創出しているが、その多くは、介護福祉士やヘルパーなど認定研修を受ける必要のある職種である。2000年から2010年にかけて、介護福祉士およびヘルパーは21万人から90万人へ、社会福祉士は2.4万人から13.4万人へ、それぞれ増加している⁶⁵。

日本の公的介護保険制度の運営には必然的に高いコストがかかる。現在、こうしたコストを管理可能な範囲に抑えておくことは、政府の最優先事項になっている。図3は、公的介護保険制度導入後、最初の5年間で総支出が急増したことを示している⁶⁶。2005年までに年間支出（10%の自己負担を除く）は約5.5兆円（購買力平価では440億ドルに相当）にまで増加したが、これは当初の見込額よりも、約20%高かった。

増加幅が予想を超えたのは、比較的寛容な認定基準により登録者数が予想を大幅に超えたためであった（日本の認定者の5分の2はドイツの登録基準であれば不適格になる）。こうした寛容な資格基準は持続不可能なものであったが、認定基準を厳しくして登録者数を減少させるという最も直接的な対応策を行使することは、政治的に不可能だった。

政府の解決策は、介護ニーズの最も低い高齢者（約25%）を新しい予防介護制度へ移行させることであったが、さまざまな制約があったため、政府のサービス提供コストこそ安くなったが、受給者にとってはサービスの魅力が低下した²⁵。その結果、急増していた登録者数も、比較的軽度の要介護度認定者への支出も、2006年に微減し、それ以降は横ばいになった。しかし、公的介護保険制度の中核はほとんど変更されることなく、要介護度の高い在宅高齢者はまったく影響を受けず、介護施設入居者の入居費用の自己負担分のみ以前よりも高くなった（ただし、多くは低所得のため免除されていた）²⁵。

2006年以降、合計登録者数と公的な支出が再び増加に転じた（図3）⁶⁶。人口に占める高齢者の割合が増え続ける一方で、給付構造と認定基準は同じままであったことから、この流れは不可避であった。しかし、2006年の改革は、ある意味で構造的な変革に成功したようにも思われる（図3）。75歳以上の高齢者（最大利用者）1人当たりの支出は2004年から2006年にかけて減少し、その後横ばいになった。現在は、この年齢層の人数の増加が唯一の支出増の原因となっている^{2,66}。支出をもっと厳しく抑制するには、適用範囲か給付、またはその両方を削減しなければならないが、これはとても難しい。異なる年齢層間で、あるいは税収と保険料収入の間での負担配分を変えて対応する取り組みのほうに、まだ現実味がある。

高齢者人口比は、若年人口が減少しているため21世紀中頃までは上昇し続けるが、65歳以上の高齢者の絶対数は2015年頃に、75歳以上に

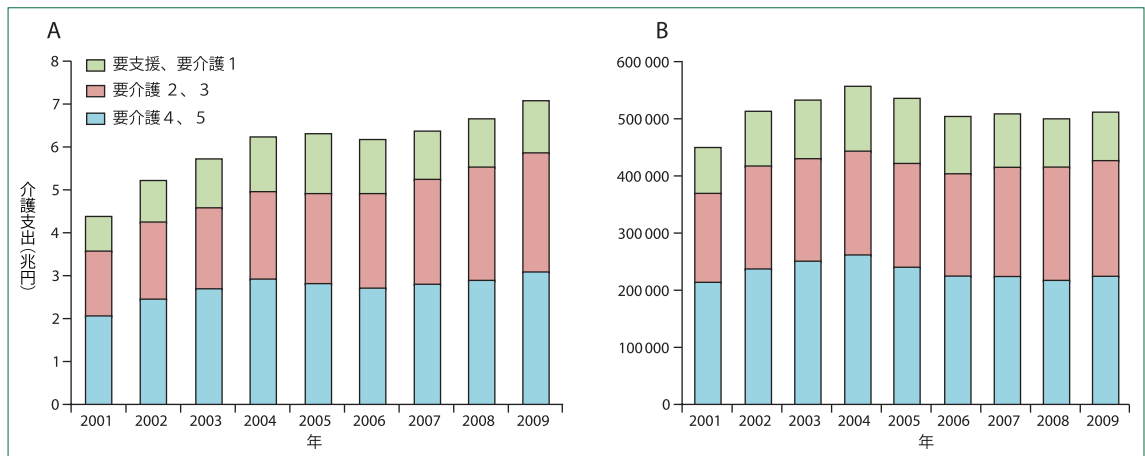


図3:日本の介護保険支出

A 介護費用額(保険給付+公費負担+利用者自己負担)総額
 B 70歳以上の高齢者1人当たりの介護費用額(保険給付+公費負担+利用者自己負担)
 記載の支出額は10%の個人負担分を含む。出典:厚生労働省²⁵。

については2025年頃から、それぞれ横ばいになる。したがって、高齢者を支援するための直接費用が急増する向こう15年が重要な時期になる。なお、2007年の日本政府の総収入(主に税金と社会保険料)は国内総生産の33.5%であり、米国(34.0%)よりも低く、英国(41.4%)・ドイツ(43.9%)・フランス(49.6%)・スウェーデン(56.3%)の水準をはるかに下回っている⁶⁷。ごくわずかなさらなる国家的問題はさておき、長期的な介護など高齢者向けの支援の費用に対処するために鍵となるのは、日本の公的支出が他の先進国の水準により近づくことである。

他にもいくつか深刻な問題はあるが、日本でも他の国でもだいたい同じである。第1の問題は、日本が施設に頼りすぎていることであるが、施設は費用が高く、生活の質が低いと考えられている。小規模多機能グループホームなどの高齢者ケア施設が有効であると考えられるが、これらの施設は、日本ではまだ信頼を獲得する途上にある^{25, 29}。第2の問題は人的資源である。介護福祉士・ヘルパーはどこでも、他の専門分野の労働者に比べて賃金が低く、労働条件が厳しく、昇進の可能性が低い。介護福祉士・ヘルパーの需要は毎年増えているが、採用・就労の継続を促すことが難しい。第3に、介護セクター

と保健医療セクターという2つのまったく異なる部門間の連携を改善する必要がある。連携は、家族・家族介護者などの個人サービスのレベルでも必要だが、病院と介護施設などの施設レベル、さらには、政策立案や制度運営などの国の政策レベルでも見直しが必要である。良質の介護を提供するには、介護・保健医療いずれの部門も重要であるが、協力・連携することは難しい。すべての国の専門家は、これらの共通の問題に対する解決策についてお互いに学びあっていかなければならない。

世界への教訓

先進国であれ発展途上国であれ、各国の政策決定者は、世界で最も急速に進行している高齢化に対処するために世界で最も包括的な介護制度の1つを導入した日本の経験から学ぶことができる。韓国と台湾は、主として日本型アプローチに基づく介護保険制度を導入または計画しており、また、すでに確立された制度を有する国の専門家も、日本独自の革新的取り組みに注視している。

介護政策において現金給付を中心とする国とは異なり、日本においては、家族介護者を直接援助することが家族介護者を最も利することになり、また、監督者の下で働く、研修を受けた

認定ケアワーカーに頼ることが介護の質の最大の保証になるという認識で、公的サービスのみが提供されている。特に総合的なデイケアがあるおかげで、多くの虚弱高齢者が定期的に外出し、同じような人々と付き合い、健康の増進に役立つ活動に参加し、スタッフに見守られている間、家族介護者は少しだけ休みを取れるのである。欧州の報告によれば、サービスのみを提供している国は、現金給付を中心とする国よりも、介護サービスの提供のパターンが平等主義的であり、進歩的であるとされる^{26, 36}。しばしば現金給付のほうが安上がりだと考えられることがあるが、日本では、適用範囲や給付水準がはるかに高いにもかかわらず、在宅介護支出はドイツよりも約30%多いにすぎない(図1)²⁸。韓国政府は、世界中の介護制度を入念に調査した上で、基本的にサービスのみを提供する方針を選択しており、台湾の専門家も同じような制度を導入したいと考えている^{68, 69}。

日本の在宅介護では、受給者は、心身の障害の程度に応じて定められた限度まで希望するサービスを選択するとともに、サービス提供者も選択する。サービス提供者は地方政府の認可・監督を受けるが、消費者がサービス提供者を変更することが比較的簡単にできるため、こうした消費者による選択が品質を管理するための主要な仕組みとなっている。ほぼすべての受給者にはケアマネージャーがおり、自己負担なしで専門的アドバイスを受けることができる。ケアマネージャーは関連業種から転身して、試験に合格しさらに44時間の研修を修了しなければならない。ケアマネージャーは専門機関に雇用されている場合もあるが、サービス提供者に雇用されている場合の方が多い。初期には利益相反の不安があったが、大半は実際に受給者の利益に十分資しているように思われる。ケアマネージャーの主要業務は、他のサービス提供者(特に家庭医と病院)との間の調整を行うこと、サービスの提供と介護の診療報酬を管理すること、受給者・家族介護者の意思決定を援助すること

である。ケアマネージャーはカウンセリングの訓練を受けておらず、また、通常30名の患者を抱えているので訓練を受ける時間があまりとれないが、定性的調査によれば、多くの介護者は自分の個人的な問題をケアマネージャーと共有しており、その交流を大切にしている⁷⁰。ドイツは、2008年7月、日本の経験に一部基づくケアマネジメント制度を導入した^{30, 68}。

日本の公的介護保険制度が、制度の基本的な骨格がほぼ維持されたまま10年以上にわたり機能してきたという事実は、いかに政府が周到に準備したかを示している。この制度は全国一律に導入された制度であるため、体系的なデータ収集が可能であり、地域間や制度間での効果や費用の比較が容易である(ただし、データが専門家によってもっと利用しやすい形式であれば、比較検証のための分析がより効果的に実施できるようになるだろう)。また、公的介護保険制度では、数多くの機能を1つの制度の下に集約したことによって、監督機能が効率的になった。地方自治体の担当者は制度を管理するとともに、提供するサービスと高齢住民から支払われた保険料とのバランスをとるある程度の権限を持っている(支出額の6分の1)。各地方自治体は、3年ごとに作業計画を策定しなければならないが、これは、国による再評価と見直しの機会にもなっており、実務家、専門家、一般の利害関係者との議論が活発化している。この3年ごとの見直しは、サービス報酬表をバランスさせるといった数多くの微調整から、2006年における介護予防制度のような比較的規模が大きい改革までを可能にしてきた。

ほとんどの国の介護制度は若年障害者も対象にしている。いわゆる年齢によらない政策は原理としては魅力的であり、その制度の中心が現金給付であるならば、さほど困難もなく高齢者と若年者を同様に処遇することができる。しかし、たいの虚弱高齢者とその家族のニーズと嗜好はきわめて独特である。若年障害者は職業訓練、自立した日常生活、支援組織に対する管理統制などを

望んでいる場合がほとんどである。公的介護サービスが高齢者専用設計されている日本型のアプローチ（若年障害者向けの制度は別にある）のほうがより効果的かつ効率的であり、各国政府が最も頭を悩ませている課題、すなわち脆弱高齢者の増加にどう対処するかという課題に対し、より直接的な回答を提示することができる仕組みであるといえよう。

各著者の貢献

すべての筆者が本稿におけるコンセプト、構成、データ分析および結果の解釈に寄与した。田宮菜奈子、野口晴子、ジョン・クレイトン・キャンベルと西晃弘が概要を提示し、キャンベルが草案を作成した。野口、田宮と西が実証分析を担当した。橋本英樹、マイケル・R・ライシュ、渋谷健司、池上直己と河内一郎が草案作成と批判的改訂に寄与した。すべての筆者が本稿におけるさまざまな議論に貢献し、最終版に目を通し承認した。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

本編は、ビル & メリンダ・ゲイツ財団および米国中華医学基金の助成、厚生労働省科学研究費からの研究助成（H23-政策-指定-033）、並びにファイザーヘルスリサーチ振興財団から田宮への研究補助金によって行われる。西は、ハーバード大学での学術研究に対する日本の中島記念国際交流財団からの支援に感謝申し上げる。貴重なコメントを頂いた武見敬三氏、トーマス・イヌイ氏、郭研氏、梁奉玖氏、市村英彦氏、学術面で支援頂いた柏木聖代氏、佐藤幹也氏、陳礼美氏、高橋秀人氏、加藤剛平氏、ペドロ・オリバレスティアド氏、伊藤智子氏、筑波大学大学院保健医療サービス研究専攻の大学院生、技術編集をして頂いたスーザン・ハーバード氏、運営面で支援して頂いた山本正氏、鈴木智子氏と藤田ひゆこ氏（日本国際交流センター）、多くのご支援いただいたルース・キャンベル氏に感謝申し上げます。著者らが本稿で表明した見解および意見は個々の立場で表明したものであり、各自の責任である。

引用文献

- 1 UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision population database. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed Aug 1, 2011).
- 2 National Institute of Population and Social Security Research (IPSS). Population statistics

- of Japan 2008. <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2008/PSJ2008.pdf> (accessed July 25, 2011).
- 3 内閣府『「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」について』2005年発表、内閣府政策統括官共生社会政策担当、高齢社会対策ウェブサイト (http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/19html/1mokuteki.html) (2011年7月25日アクセス)。
- 4 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pension at a glance 2009: retirement-income systems in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2009.
- 5 Horioka CY, Okui M. A US-Japan comparison of the importance and determinants of retirement saving. *Econ Lett* 1999; 65: 365-71.
- 6 Hayashi F. Understanding saving: evidence from the United States and Japan. Cambridge: MIT Press, 1997.
- 7 Jones R. Inequality, poverty and social spending in Japan (No. 556). Paris: OECD Publishing, 2007.
- 8 Murozumi M, Shikata M. The structure of income in elderly households and relative poverty rates in Japan from the viewpoint of international comparisons. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/483.pdf> (accessed July 25, 2011).
- 9 WHO. World Health Statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 10 Muennig PA, Glied SA. What changes in survival rates tell us about US health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 2105-13.
- 11 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data 2011: statistics and indicators. Paris: OECD, 2011.
- 12 Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). Comprehensive Survey of People's Living Conditions (CSPLC; Designated Statistical Survey) (Kokumin Seikatsu Kiso Chosa). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html> (accessed July 25, 2011).
- 13 Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf (accessed July 25, 2011).
- 14 総務省『平成22年度 国勢調査速報集計』2010年発表、政府統計の総合窓口ウェブサイト (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_to

- GL08020103_&tclassID=000001032402&cycle Code=0&requestSender=search) (2011年7月25日アクセス).
- 15 Hashizume Y. Gender issues and Japanese family-centered caregiving for frail elderly parents or parents-in-law in modern Japan: from the sociocultural and historical perspectives. *Public Health Nurs* 2000; 17: 25-31.
 - 16 Asai MO, Kameoka VA. The influence of Sekentei on family caregiving and underutilization of social services among Japanese caregivers. *Soc Work* 2005; 50: 111-18.
 - 17 Long SO, Harris PB. Gender and elder care: social change and the role of the caregiver in Japan. *Soc Sci Japan J* 2000; 3: 21.
 - 18 Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196-208.
 - 19 Kögel T. Did the association between fertility and female employment within OECD countries really change in sign? *J Pop Econ* 2004; 17: 45-65.
 - 20 Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff (Millwood)* 2000; 19: 26-39.
 - 21 Campbell JC. How policies change: the Japanese Government and the aging society. Princeton: Princeton University Press, 1992.
 - 22 吉原健二, 和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1992年.
 - 23 法務省『介護保険法』Japanese Law Translation Home Page (http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?vm=&id=94) (2011年7月25日アクセス).
 - 24 Campbell JC. How policies differ: long-term care insurance in Japan and Germany. In: Luetzeler R, Conrad H, eds. *Aging and social policy: a German-Japanese comparison*. Munich: Iudicium, 2002.
 - 25 Tsutsui T, Muramatsu N. Japan's universal long term care system reform of 2005: containing costs and realizing a long-term vision. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1458-63.
 - 26 Rodrigues R, Schmidt A. Paying for long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010.
 - 27 Campbell JC, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. *Soc Pol Admin* 2003; 37: 21-34.
 - 28 Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 87-95.
 - 29 Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en (accessed July 25, 2011).
 - 30 Rothgang H. Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model. *Soc Pol Admin* 2010; 44: 436-40.
 - 31 厚生労働省『介護保険を取り巻く現状』2011年2月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000123iuatt/2r985200000123se.pdf>) (2011年7月25日アクセス).
 - 32 厚生労働省『介護給付費実態調査月報(平成23年5月審査分)』2011年7月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2011/05.html>) (2011年7月25日アクセス).
 - 33 Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Care of the elderly in Sweden today*. Stockholm: Ordförrådet AB, 2006.
 - 34 田宮菜奈子, 野口晴子, 橋本英樹, 渋谷健司, 西晃弘「公的介護保険の導入効果に関する実証的研究—国民生活基礎調査に基づく科学的エビデンスの構築へ向けて」『わが国の保健医療制度に関する包括的実証研究』厚生労働省, 2011年.
 - 35 内閣府国民生活局物価政策課『介護サービス市場の一層の効率化のために—「介護サービス価格に関する研究会」報告書—』2002年8月発表, 内閣府ウェブサイト (<http://www.caa.go.jp/seikatsu/2002/0807kaigo/a-1.pdf>) (2011年7月25日アクセス).
 - 36 Theobald H. Conditions and challenges of Germany's long-term care insurance: care policies and inequalities based on gender, socio-economic class and ethnicity. *J Asian Women's Studies* 2010; 18: 1-23.
 - 37 Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y et al. Day care service use is associated with lower mortality in community-dwelling frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1364-71.
 - 38 Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M, Takahashi H, Sato M, Kawachi I. Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan. *BMC Geriatr* 2010; 10: 61.
 - 39 Kato G, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M, Takahashi H. Relationship between home care service use and changes in the care needs level of Japanese elderly. *BMC Geriatr* 2009; 9: 58.
 - 40 Nishiwaki T, Ueno K, Hasegawa M, Nakamura

- K. The usefulness of day-service in maintaining general nutritional status in elderly Japanese: a longitudinal study. *Tohoku J Exp Med* 2007; 211: 15-21.
- 41 Ishibashi T, Ikegami N. Should the provision of home help services be contained?: validation of the new preventive care policy in Japan. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 224.
- 42 Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 345.
- 43 杉沢秀博, 杉原陽子, 中谷陽明『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』三和書店, 2005年.
- 44 Kumamoto K, Arai Y, Zarit S. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 163-70.
- 45 Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not 'worse' after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 120-26.
- 46 Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 46: 367-74.
- 47 Freeman S, Kurosawa H, Ebihara S, Kohzuki M. Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50: 282-91.
- 48 Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Effect of long-term care insurance on communication/recording tasks for in-home nursing care services. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 101-13.
- 49 Suzuki W, Ogura S, Izumida N. Burden of family care-givers and the rationing in the Long-Term Care Insurance benefits of Japan. *Sing Econ Rev* 2008; 53: 121-44.
- 50 Kubota M, Babazono A, Aoyama H. Women's anxiety in old age and long-term care provision for the elderly. *Acta Medica Okayama* 2000; 54: 75-83.
- 51 Yamamoto N, Wallhagen M. The continuation of family caregiving in Japan. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 164-76.
- 52 清水谷諭, 野口晴子「長時間介護はなぜ解消しないのか? 要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証」内閣府経済社会総合研究所, 『経済分析』第175巻1-28頁, 2005年.
- 53 厚生労働省『平成17年度女性雇用管理基本調査』2006年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/08/h0809-1/index.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 54 Iwamoto Y, Kohara M, Saito M. On the consumption insurance effects of long-term care insurance in Japan: evidence from micro-level household data. *J Japanese Intl Economies* 2010; 24: 99-115.
- 55 Weiner J. The role of informal support in long-term care. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, eds. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 56 Long SO, Campbell R, Nishimura C. Does it matter who cares? A comparison of daughters versus daughters-in-law in Japanese elder care. *Soc Sci Japan J* 2009; 12: 1-21.
- 57 Houde SC, Gautam R, Kai I. Long-term care insurance in Japan: implications for U.S. long-term care policy. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 7-13.
- 58 Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, Gasior K, Bernd M. Facts and figures on long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- 59 高橋龍太郎, 須田木綿子, 日米LTCI研究会『在宅介護における高齢者と家族—都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ書房出版, 2010年.
- 60 内閣府『第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』2011年6月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当, 高齢社会対策ウェブサイト(<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/gaiyo/index>) (2011年7月25日アクセス).
- 61 Watts J. Chaos greets birth of insurance system for Japan's elderly. *Lancet* 2000; 355: 1249.
- 62 Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? an updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-72.
- 63 Dolores GT, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 37-51.
- 64 Tachibanaki T. The new paradox for Japanese women: greater choice, greater inequality. Tokyo: I-House Press, 2010.

- 65 厚生労働省『社会福祉士・介護福祉士等』2009年6月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi7.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 66 厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定)平成22年3月分』2010年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom10/1003.html>) (アクセス2011年7月25日).
- 67 Jackson R, Howe N, Nakashima K. The global aging preparedness index. Washington: The Center for Strategic and International Studies, 2010.
- 68 Campbell J, Ikegami N, Kwon S. Learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *Int Soc Sec Rev* 2009; 62: 63-80.
- 69 Wang C, Kuo N. Implications of German and Japanese long-term care insurance systems on development of long-term care insurance law in Taiwan. *Gerontologist* 2008; 48: 548.
- 70 Yamada M, Hagihara A, Nobutomo K. Coping strategies, care manager support, and mental health outcome among Japanese family caregivers. *Health Soc Care Community* 2008; 16: 400-09.

日本：国民皆保険達成から 50 年 5

グローバルヘルスにおける日本のコミットメント再強化： 課題と機会

ライデン・ヤノ, 國井修, 森臨太郎, 武井貞治, 佐々木八十子, 中村安秀, 黒川清, 余海, リンカーン・チェン, 武見敬三, 渋谷健司

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60848-9

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

本稿は全6本からなる日本特集号「日本：国民皆保険達成から50年」の第5稿目である。

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室
(ライデン・ヤノ, 佐々木八十子, 渋谷健司教授)

一般社団法人国際母子保健研究所 (森臨太郎)

元長崎大学熱帯医学研究所 (國井修)

厚生労働省大臣官房国際課 (武井貞治)

大阪大学大学院人間科学研究科グローバル人間学専攻 (中村安秀教授)

政策研究大学院 (黒川清教授)

中国浙江大學医学部腫瘍学 (余海教授)

米国中華医学基金会 (リンカーン・チェン教授)

公益財団法人日本国際交流センター (武見敬三)

連絡先:

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室

教授 渋谷健司

shibuyak@m.u-tokyo.ac.jp

日本はこの50年間で、世界でも最高レベルの平均余命と低い乳児死亡率を達成したのに加え、公平な国民皆保険制度を構築、維持してきた。これらを背景に、日本はグローバルヘルス（地球規模の保健医療）に関わる取組みを推進、支援する指導的役割を果たしうる立場にある。しかし、その潜在性の高さ比べ、日本のグローバルヘルスへの関与は顕著とはいえない。その理由として、政府の縦割り構造、弱い市民社会、透明性と評価の欠如が挙げられる。日本の政府及び民間セクターの保健医療分野における開発援助額は共に少なく、グローバルヘルスにおける日本のリーダーシップも弱い。さらに、先の東日本大震災を含む新たな課題が、日本のガバナンスやグローバルヘルス、国内保健医療のニーズの変化により浮上してきている。しかし、これは日本が保健医療政策に対するこれまでのアプローチを見直し、グローバルヘルスおよび国内保健医療における新戦略を展開するよい機会ともいえる。グローバルヘルスの政策策定における政府の縦割り構造は再構成される必要がある。また、同時にグローバルヘルスに対するさらなる資金的コミットメントの増加、民間セクターにおける革新的イニシアティブ、研究能力の向上、そしてG8洞爺湖サミットで示されたような強いリーダーシップの育成もなされる必要がある。多くの国々が国民皆保険に向かい動き始め、日本も国内の保健医療制度を維持するにあたり課題に直面する今日、このような戦略策定とコミットメントにより、日本には世界の保健医療の改善に大きく貢献できる可能性がある。

序論

ミレニアム開発目標 (MDGs) の達成期限が5年を切り、また世界的な高齢化や非感染性疾患の蔓延などポストMDGsのさまざまな課題も山積している中で、国際社会は新たなグローバルヘルス戦略を必要としている。現在のグローバルヘルスの取組みを維持、拡大していくための重要な方法として、WHOも『世界保健報告(World Health Report) 2010年度版』で主要アジェンダとして取り上げている^{2,4}とおり、国民皆保健(すべての国民による保健医療サービスへのアクセスを保障する)を目指す動きが近年急速に注目を集めている。

しかし、コプラン (Koplan) ら⁵、そしてフレンク (Frenk)⁶が近年指摘しているように、す

べての国民に安価で適切な保健医療サービスを提供しようというのは野心的な試みであり、グローバルヘルスに関するわれわれの理解を転換する必要がある。時間的、資源的制約がある中で、グローバルヘルスは豊かな国から貧しい国への単なる資源の譲渡とみなすことはできない。グローバルヘルスは、直接的または間接的に健康に影響する、国境を越える課題として定義されるが、今こそ真のパートナーシップ、経験と知識の集約、そして先進国と発展途上国間での双方向の交流が必要である。これらは国民皆保健達成に向けて順調に進歩していくために特に重要な要因である。国民皆保健を達成するために、国々協働で迅速に最善の方法を確立していくことをフレンクは「共同学習のプロセス」⁶と呼ん

主要論点

- ・日本国民は、国内及び外交政策における重要な優先課題として、保健医療分野を挙げている。
- ・国民が考える外交政策の優先課題と、日本の対外援助の実情には隔りがある。国民の70%以上は保健医療を日本の対外援助の最も重要な課題としているが、日本の保健医療分野に対する政府開発援助は全体の僅か2%である。
- ・この隔りが存在する要因として、政府の顕著な縦割り構造、弱い市民社会、そして透明性と評価の欠如が挙げられる。
- ・世界でも最高レベルの国民の健康水準と国民皆保険を達成した日本の専門的知見は、グローバルヘルスへの取組みにおいて十分活かされていない。
- ・日本国内の保健医療分野における幅広い知見をグローバルヘルス分野においても効果的に共有し活用するためには、ハイレベルなグローバルヘルス委員会の政府内への設置、グローバルヘルスに対するさらなる資金的支援の増加、民間セクターにおける革新的イニシアティブの推進、研究能力の向上、そしてグローバルヘルス政策人材の育成が必要である。
- ・日本は、アジア諸国との歴史的、地理的、経済的背景を共有していることを踏まえ、アジアにおける国民皆保険とミレニアム開発目標の達成を支援すべく、日本はアジアに対してさらに積極的に関与していくべきである。

でいるが、これはこの『ランセット』特集が日本というレンズを通して目指そうとしている重要な取組みである。

世界、地域における人々の健康改善のため、日本は平均余命が世界最長の健康で豊かな国として⁷国内で培われた保健医療サービス提供の技術的な専門性と経験を国際社会と共有できるユニークな立場にある。日本国内での成果は必ずしも戦略的で、科学的根拠（エビデンス）に基づく政策立案に帰するものではないが、過去50年間にわたり国民皆保険、長期ケア⁸⁻¹⁰、そして世界でも最高レベルの妊産婦、新生児、子どもの健康を保持している日本の経験から学ぶことは多い¹¹。しかし、その教訓を国際社会に伝達するためには、十分な資金、きちんとした評価制度、グローバルヘルス分野における人材の育成、そして日本国内で蓄積されてきた保健医療に関する知識と経験の門番役ともいえる国内の保健医療専門家とグローバルヘルス関係者との

間の効果的な連携が必要である。しかし、これまでの日本のグローバルヘルスのアプローチに、こうした要素は欠けていた。

急速に進む高齢化、膨れ上がる財政赤字、低い経済成長率、そして今年発生した震災¹²など、国内における新たな課題が山積する中、日本は今グローバルヘルスに対するコミットメントと戦略を再定義する時期にある。国際社会の一員として、日本は保健医療について持ち合わせている多大な知識と専門性を共有するという責任を果たせるのだろうか。

本稿の目的は、日本が如何にグローバルヘルス分野においてさらなる効果的な貢献ができるのかを示すことである。21世紀の今日、グローバルヘルスの課題に取り組むためには、環境汚染や食品の安全問題など、保健医療を超えた多くの課題にも注意を払う必要があることはわれわれも認識している。しかしそれらの課題についての日本の取組みは、国民皆保険に焦点を当てている本特集の枠を越えるものである。そこで本稿では、特に日本が国内の保健医療サービス提供についてこれまで培ってきた専門性を、どのようにグローバルヘルス分野に移転し、活用していくかについて議論する。まず、これまでの日本の保健外交を展望し、グローバルヘルスにおける日本の中核となる資質とその限界について考察する。そして、地域及び世界に対する日本のグローバルヘルスにおける新たなビジョンを提示すると共に、日本がどのようにしてグローバルヘルスに対するコミットメントと影響力を強化できるのか、鍵となる提言を行い本稿を締めくくる。

日本のグローバルヘルスの枠組み 保健外交の起源

第二次世界大戦後、日本は新たな外交政策の方向性を模索しなければならなかった¹⁶。戦後の平和憲法による制限から軍事力を維持することができない中、日本政府は「国際社会の平和と発展に貢献する」ことを決めた^{17, 18}。この外

検索方法と選択基準

グローバルヘルスに対する日本のコミットメントの性質と範囲を明らかにするため、個別ではあるが相互に関連する3つの調査方法を用いた。まず第1に、グローバルヘルスの主要な側面、グローバルヘルスに対する日本の政策及び国民の支持レベルを特定するため、文献を体系的に調査した。検索に用いた用語は次を含む。“Japan, Nippon, Nihon”, “assistan*”, “don*”, “aid”, “health*”, “water, sanitation, hygien*”, “education”, “view*; opinion”, “competen*”, “limitation*”, “advantage*”, “disadvantage*”, “strength, weakness”, “definition*”。調査には英語と日本語両方のキーワードを用い、日本の保健開発援助に関する介入的性質及び観察的性質についての比較調査も調査対象とした。開発援助全体、他国の援助、またはその両方についての出版物は排除した。なお、用いられた調査方法は以下を含む。Medline, Cochrane Library, Embase, POPLINE, African Health Line, LILACSを含むデータベースの検索。日本政府各省庁、経済協力開発機構(OECD)、国連、その他の国際組織、国際協力機構(JICA)のような二国間機関のウェブサイトの調査、調査中に見つかった他のウェブサイトの調査、上記の方法で特定された研究報告にある参考文献一覧からのさらなる参考文献の特定、主要な報告書の著者への連絡により上記の方法で見落とされた研究についての情報収集、各分野における著名な専門家や推薦された専門家への問い合わせ。本調査のために特定した出版物は、ヤノ、森が厳格に評価した。共著者間で意見の相違が合った点については話し合いにより解決した。

第2に、日本の開発援助について次の機関のデータより記述的分析を行った。外務省、厚生労働省、財務省、文部科学省、国際協力機構(JICA)、経済団体連合会(経団連)、人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ、沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO懇談会、その他の機関。国際的に比較可能な保健医療分野に対する開発援助の枠組みの中で、データの質、一貫性、比較可能性について厳密な評価と審査を行った。また傾向を分析し、国、またはセクター間の比較を行なうため、保健指標評価研究所(Institute for Health Metrics and Evaluation)やOECD開発援助委員会(DAC)より公表されているデータも使用した。

最後に、日本のグローバルヘルス政策に対する国民の意識について、政府開発援助全般に関する新たな国内世論調査の結果も本調査を補足している。この世論調査は2010年6月17日から27日に内閣府によって行われた。国内の代表的な標本となるよう、最新の国勢調査を用い、二段層別無作為抽出によって分析をした。面談によるインタビューは世論調査の経験を有するリサーチ会社によって行われた。調査は日本のグローバルヘルスに対する国民の見方についてのモジュールを含む(ウェブ上の補遺を参照)。

交政策の転換は、人道的な立場に発するだけでなく、相互依存する世界で、日本の安全保障と繁栄は発展途上国の発展、安定と必然的に結びついているという理解に基づくものであった¹⁹。以来、日本は政府開発援助(ODA)を通じて平時の発展を目指し、ODAはこれまで日本のさまざまな国益のために使われてきた²⁰。

日本が経済発展を遂げる1950年代から1960年代にかけては、日本のODAは日本製品の購入が条件とされていたため、ODAは発展途上国支援のみならず日本の輸出市場拡大を促進した²¹。しかし、1970年代後半から1990年代に入っ

てからは、日本は開発援助をアジア近隣諸国との関係強化と世界における影響力拡大のために使い始めた。今日、中国が行っているのとまさに同様である^{20, 22}。この努力は、1980年代と1990年代にODAが大幅に拡大されたことに現れており、1991年から2000年の間、日本は世界最大のODA給与国(ドナー国)となった²⁰。

長年の間、日本のODAは平和構築と地政学的活動にあてられた²¹。しかし、1998年、持続可能な「経済成長と人間開発のためには、政治的安定だけでなく、他の有益な社会的要因も必要である」²³と気づいたことから、日本政府は人間の安全保障を外交政策の礎石とした。これにより、日本のODAの枠組みも、他の人道的課題に拡大されることとなった。そして、欠乏からの自由という人間の安全保障を構成する基本的要因の1つとして、保健医療が日本の開発援助にとってなくてはならないものとして認識されるようになった²⁴。

グローバルヘルスにおけるプレーヤー

第二次世界大戦による荒廃から10年も経たない1954年、日本はアジアにおける発展途上国を支援するための国際イニシアティブであるコロンボ・プランに参加し、ODAドナーとなった。当時、日本はまだ脆弱で、経済も立ち直っておらず、日本社会は再建のため休む間もなく努力している時期であった。しかしながら、国内の開発に関心が集まる中においても、日本政府は主にユニセフや世界銀行などの主要な国際機関と連携しながら、グローバルヘルスにおける日本のアジェンダを実現し、有力なプレーヤーとして頭角を現し始めた。

日本の二国間開発支援機関である国際協力機構(JICA)は、グローバル化に伴う課題への対応、公平な成長と貧困削減、ガバナンスの改善、人間の安全保障の実現を目指し、1974年に設立された²⁵。2008年のJICAと国際協力銀行との統合により、新JICAは有償資金協力(円借款)を実施できるようになり、世銀に次ぐ世界で2

OECDのデータについては、<http://www.oecd.org>ウェブ上の補遺を参照

番目の規模の対外援助機関となった。それまで JICA の支援手法は技術協力と無償資金協力のみで、日本が取り組む開発援助事業の規模と範囲は大幅に制限されていたのだ。

グローバルヘルスの展望は急速に変化しているにも関わらず、日本政府主導で ODA 中心の開発援助の枠組みは今日も変わっていない。1980 年代からグローバルヘルスに貢献する非政府団体 (NGO) の数は増えているものの、日本の市民社会の規模は依然小さく分散的であり、また歴史的に寄付も集まらず、寄付に対する税額控除制度もないことから、今も政府の資金に依存している²⁶。また、グローバルヘルスの分野では、学術機関や独立系シンクタンクの貢献も僅かである。さらに、日本では全国の医学部に 80 以上の公衆衛生学教室と公衆衛生専門大学院が 3 つあるが、グローバルヘルスの研究や教育に積極的に取り組んでいるのはそのうちの一握りでしかない。企業においても、日本企業はテクノロジーと技術的専門性があり、重要な貢献ができるユニークな立場にあるにも関わらず、少数の例外を除いてグローバルヘルスへの取り組みにはほとんど関与していない。このような関与の欠如の根底には日本国民の間でグローバルヘルスに関する課題が周知されていないことがあり、少なくともその理由の 1 つとしてメディアがこの問題を十分に取り上げていないことがあげられる。

援助の基本指針

日本の対外援助政策は、援助は発展途上国とのパートナーシップの一部だという見方に広く基づいている²⁰。そして、日本の援助アプローチは自助努力とオーナーシップという理念から、援助受入国からの要請に重点が置かれている²⁷。このため、日本の保健医療分野における ODA は能力強化と持続可能性に焦点を当てたものとなっているが、これは主要ドナーの中では珍しい¹⁷。また、日本は自助努力を重視するため、ヨーロッパの援助国の間で一般的な手法となっている受入国の保健セクター全般に対する不特定予

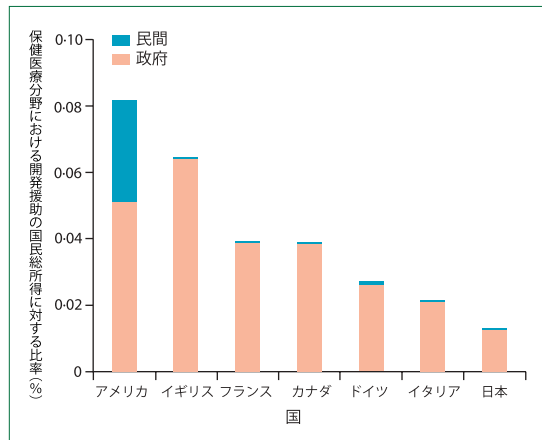


図1 援助形態別の保健医療分野における開発援助の国民総所得に対する比率 (2008年)^{24, 35}

GNI=国民総所得 (gross national income)

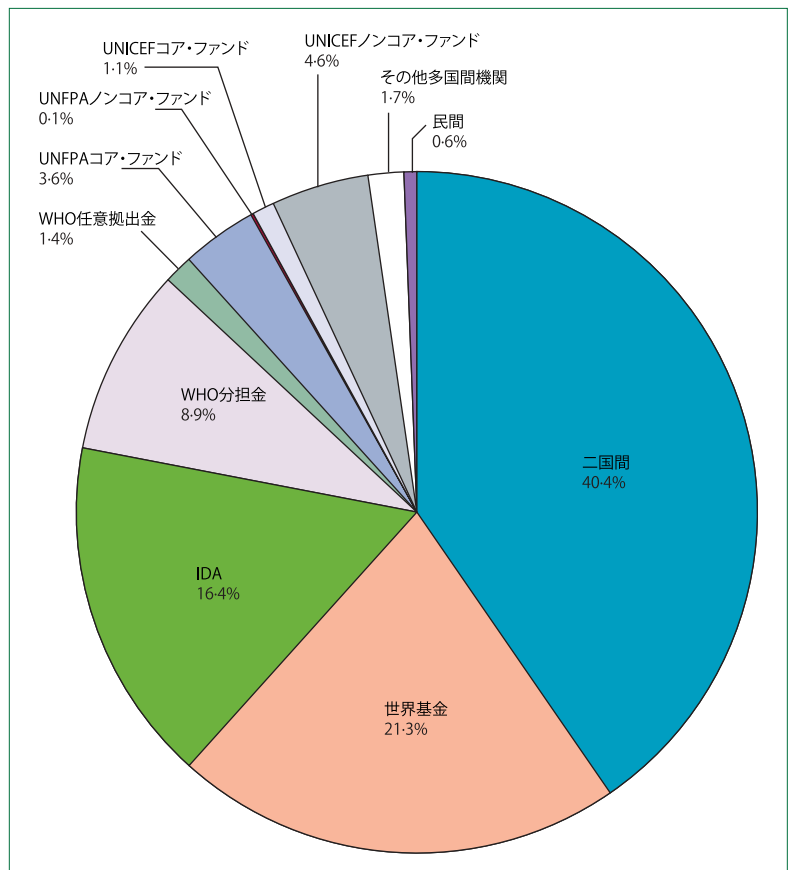


図2 日本の保健医療分野における開発援助の援助形態別内訳 (2008年)

出所:外務省,厚生労働省,財務省,文部科学省,国際協力機構,経団連,人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ,沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO懇談会,2010年(未出版)のデータをもとに作成

UNFPA=国連人口基金 (United Nations Population Fund)

IDA=国際開発協会 (International Development Association)

世界基金 (Global Fund) =世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)

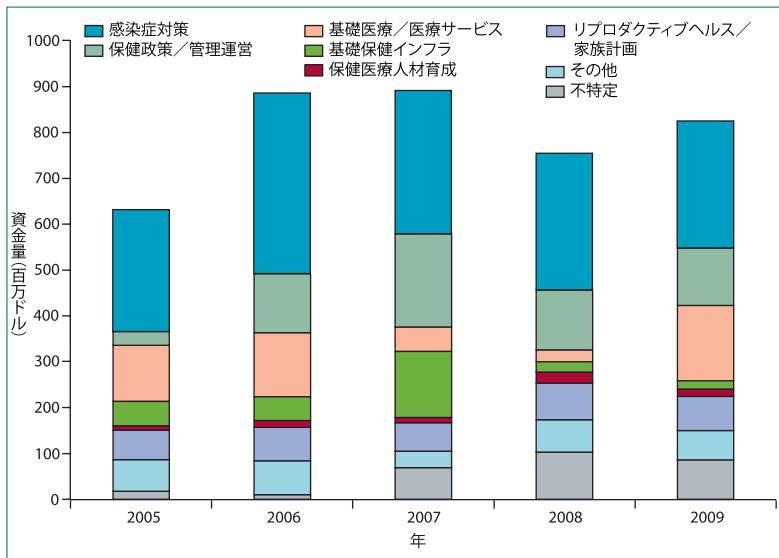


図3 日本の保健医療分野における開発援助の分野別配分(2005年から2009年)
 出所:外務省,厚生労働省,財務省,文部科学省,国際協力機構,経団連,人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ,沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO懇談会,2010年(未出版)のデータをもとに作成

算援助を,日本政府が行うことは少数の例外を除いてほとんどない²⁸。

しかし,受入国政府の要望と実際のニーズが必ずしも一致しないこともあり,要請主義型援助がうまく機能しないケースもこれまでにあった。このようなアプローチの失敗を示す例として,1978年から1988年の対スリランカ保健医療開発援助が挙げられる。日本政府は,スリランカ国内の保健ニーズについての客観的な評価ではなく,スリランカ政府の要請に基づいて大規模第三次病院の建設のための資金支援を行った。これは1978年から1988年の対スリランカ保健医療開発援助の3分の1を占めたが,開院から3年経った時点で,この病院の病床1001床の利用率は僅か66%であり,その利用の低さは深刻であった。この事業がスリランカの保健医療事情と保健セクターの受け入れ能力を十分に考慮せずに行なわれたことは明確であった²⁹。

公平性を期するため指摘しておく,近年のグローバルヘルス・イニシアティブについてドナー主導型のアプローチもまた論議的となっている。特に,国際的なイニシアティブはドナー側が特定するターゲットに焦点が当てられる傾

向があるが,これが時には受入国の他の保健ニーズにとって障害となることもあるからである³⁰。これらを鑑みると,受入国の要請を考慮しようとする日本の意思にも利点がある。しかし,日本のアプローチを効果的にするためには,受入国からの要請を検討する際,きちんとしたモニタリングと評価に加え,受入国の保健ニーズの客観的な評価が不可欠である。

しかし,多くの官僚は外部による独立した審査に抵抗感を示すことから,これまで,日本のODAの効果についての分析は限られてきた³¹⁻³³。実際に,日本の保健医療分野における開発援助についてODA諮問委員会が審査を行ったのは2008年が初めてであった。日本の援助のよい点として,フォローアップ活動の念入りさ,一貫性,そして計画の緻密さが挙げられた一方で,弱点としては意思決定の遅さ,硬直した財務計画,現場レベルでの柔軟性の欠如,二国間援助と多国間援助との連携不足が指摘された³¹。しかし,実際の審査は質的なものであり,また場当たり的だったため,これら調査結果の中身もそれほど優れたものではなかった。

保健開発援助の近年の動向

日本のグローバルヘルス政策は外務省が策定するが,きちんとした報告・評価制度がないため,政府と民間双方の資金源を含む日本全体としての保健医療分野における開発援助(development assistance for health: DAH)を追跡調査することは難しい。これまで,日本におけるDAHの比較研究はなく,各機関によるDAHデータの間には隔たりがある³⁴。さらに,日本のODAの実績データでは分類方法と定義が過去15年間で変わってきているため,日本の3つのグローバルヘルス・イニシアティブ(1994年から2000年の人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ,2000年から2005年の沖縄感染症対策イニシアティブ,2005年から2010年の保健と開発に関するイニシアティブ)を比較分析することは難しい。

このような制約があることから、われわれは日本のDAHの傾向を特定するため、本調査のために新たに作成したデータセットに加え、経済協力開発機構（OECD）開発援助委員会（DAC）と保健指標評価研究所のデータを分析した。図1は2008年におけるG7各国のDAHの対GNI（国民総所得）比率を高い順に示している。日本は対GNI比が最も低い（0.013%）のに対し、アメリカは最も高く（0.082%）、それにイギリス、フランス、カナダが続いている。また、アメリカの政府、市民社会、民間公益財団、またフランスとイギリスをはじめとするヨーロッパ諸国では、2000年にMDGsが宣言されて以降、DAHが大幅に拡大されたのに対し、OECDで近年DAHが縮小されているのは日本のみである。

日本のこの期待外れな実績には、いくつかの要因がある。第一に、日本経済の停滞により、日本政府によるDAHは必然的に減少した。第二に、日本の保健医療分野におけるODAのODA全体に占める割合は僅か2%であり、これはOECD諸国の平均15%と比べて極めて低い。さらに、日本の民間セクターのDAHへの貢献はDAH全体の1%に満たず、アメリカの37.3%とは対照的である。これは、日本が未だグローバルヘルスにおいて民間資源を効果的に動員できておらず、その結果、日本が高いレベルのDAHを達成できていないことを示している。

日本の保健医療分野における開発援助の形態については、図2が示すように40.4%が二国間、59.0%が多国間メカニズムを通じてのものである。全体の約半分が世界エイズ・マラリア・結核対策基金（世界基金）、世界銀行・国際開発協会（IDA）、世界保健機関（WHO）への拠出となっている。これに対して、アメリカは多国間メカニズムを通じてのDAHは全体の9.7%で、最も大きな割合はNGOなどの民間団体を通じての援助である。また、WHOへの拠出をさらに分担金と任意拠出金に分けると、日本の援助のほとんどが分担金であることが明確である（86.8%）。これは各国のGNIに応じて分担金が決められて

いる国連の規定によるものである以上、仕方がないものであるが、ドナーは分担金の用途を決められないため、日本はWHOのグローバルヘルスアジェンダ設定に主要な役割を果たすことができていない。これとは対照的にイギリスのWHOへの拠出は64.2%がいわゆる任意拠出金であるため、資金の用途決定に積極的に関与することができる。

グローバルヘルスの優先課題

日本のDAHに対する資金的貢献をみると、その大半はHIV／エイズ、結核、マラリアを含む感染症対策であることがわかる（図3）。また、組織能力強化といった保健政策や管理運営の強化のための支援や、プライマリ・ヘルスケア・プログラムなどの基礎医療サービス、機材や資材を含む研究所の改善にもDAHを提供している。一方、保健医療人材の育成（1.9%）や研究・開発（2.5%）には僅かな資金が充てられているのみである。

地域的には、政治的、経済的關係が強いアジア諸国が常に日本の対外開発援助の最大の受け手となってきた。しかし、アジアの経済成長もあり、日本が地理的なターゲットを転換したため、アジアは2000年には日本のODAの65.7%を占めていたが、2008年までにその割合は20.1%に減少した。現在、日本はアフリカと中近東（主にアフガニスタンとイラク）への支援を増加しており、2008年はそれぞれ44.5%と26.2%を占めている。この地理的転換は、平和構築の取組みに対する日本のコミットメント及びサブサハラ・アフリカ（サハラ以南のアフリカ）における乏しい健康改善状況³⁶、そして「アフリカ問題の解決なしに世界の安定と繁栄はない」という日本の強い信念に基づくものである³⁷。このアフリカの発展に対する強いコミットメントは、アフリカがまだ国際社会で開発支援の中心となっていなかった1990年代に、日本が第1回アフリカ開発会議（TICAD）を開催した頃まで遡る³⁷。

日本の埋もれた潜在性

『ランセット』日本特集号では、日本がこの50年間に国民の健康と福祉を実現するために培ってきた豊富な保健医療の知識と経験について紹介している。この特集号の最初の論文¹¹で示されているように、1960年代、日本は小児生存の鍵となる保健介入を大規模に拡大し、妊産婦、新生児、子どもの健康のために地域におけるケアと施設でのケアを効果的に結びつけ、幼児死亡率を大幅に減少させた。また結核治療の公的補助を適用して成人死亡率も効果的に減少させた他、基本的な医療サービスのための国民皆保険制度を確立し、保険の種類による患者負担の不均衡も徐々に縮めていった⁸。

これらの知識と経験は、保健関連MDGs達成のための取組みを拡大すべき今日、重要な価値がある。また、日本の医療保険^{9,10}と長期ケア⁸に関する経験と知識も、高齢化が進み、長期ケアが増加しているポストMDGsにおいては大きな財産となる。相互連携・相互依存がますます進む国際社会の一員として、日本はこれまで培ってきた知見を積極的に世界と共有し、世界各国の保健医療強化に活用していくべきである。

日本は、これまでも天然痘の根絶など数多くのグローバルヘルス・イニシアティブにおいて重要なリーダーシップをとってきた。1977年から1985年、蟻田功氏は天然痘根絶対策本部長としてWHOの天然痘根絶の取組みを主導、そのリーダーシップの下、1980年に天然痘根絶が達成された³⁸。同様に、公衆衛生博士の古知新氏はWHOの結核対策を10年間指揮してきた。1990年代に結核治療の戦略として直視監視下短期化学療法(DOTS)の世界的な推進に中心的な役割を果たしたが、1994年にWHO事務局長は、この手法がそれまでの10年間で最も重要な公衆衛生上の進展であったと宣言した³⁹。

政府レベルでは、日本政府が主催したG8九州沖縄サミット及びG8北海道洞爺湖サミットにおいて、グローバルヘルスを主要なアジェンダの1つに組込むことに成功した⁴⁰。日本政府は

多様な関係者を含む参加型アプローチを採用し、世界基金に代表される戦略的な官民パートナーシップの具体化を効果的に促進した⁴⁰⁻⁴⁴。この手法により、ハイレベルな政策立案者や官僚との調整が可能になり、保健システム強化をG8の優先アジェンダとすることができた⁴²⁻⁴⁵。

日本は伝統的に控えめな姿勢をとってきたため、グローバルヘルスにおけるこのような成果は十分に認識されていない。しかし、それを考慮しても、われわれが分析するところ、日本は未だグローバルヘルス分野において最大限の貢献をしているとはいえない。日本の埋もれている潜在性の中で最も明らかなのは、グローバルヘルスに対する資金量の低さであろう。さらに、エビデンスに基づく長期的なグローバルヘルス戦略が存在しないことも目立つが、これは、保健医療専門家によるきちんとした評価制度がないことが原因である。また、国内では保健医療について幅広い専門的知見が存在するにも関わらず、グローバルヘルスの政策策定における日本の人的貢献は乏しい。たとえば、国連の分析によると⁴⁶、日本人国連職員の数には十分ではないとされている。さらに、保健医療分野における修士号以上の学歴を有する職員は外務省に数人、JICAでは29人と推定され、これは明らかに日本ではグローバルヘルス専門家の育成と採用に十分な重点が置かれていないことを示している。

日本のコミットメントの再強化

MDGsの達成期限が近づき、またさらに複雑さを増すポストMDGsの保健課題も浮上する今日、グローバルヘルスは日本の優先事項となるべきである。この立場に強く共鳴するのは日本国民自身である。内閣府が2010年に行なった国民世論調査では¹⁵、さまざまな開発援助分野のうち、70%以上の人が政府が投資すべき対象として保健医療分野を最重要優先事項に挙げている。この世論調査では、回答者の58.0%は経済の停滞があっても政府は保健医療分野におけ

る ODA を拡大すべきと答えたのに対し、縮小すべきと答えた人は僅か 28.7%であった。グローバルヘルス分野における日本の貢献の現状と、国民が可能と考える日本の貢献レベルには明らかかなギャップがあることがわかる。世界中でさらなるグローバルヘルスへの取組みが緊急に必要な中、このような国民の圧倒的支持は改革の機会が存在することを示している。

改革のための提案

変革の機会

2009 年に外務省は ODA の見直しを実施し、その結果として MDGs の達成、各種ステークホルダーの連携、そしてさらなる効果的援助の重要性が強調された³⁶。外務省が提案する改革は正しい方向に向かう第一歩ではあるが、今の日本のグローバルヘルスの枠組みには、さらに大幅な変革が必要不可欠である。この政治的過渡期と幅広い国民の支持を背景として、日本は今、段階的ではなく抜本的な変革を準備するチャンスである⁴⁷。われわれは、この改革を始動するための大胆な行動をとることを提案したい。

政府機関とグローバルヘルス委員会

改革の最大の障害は、グローバルヘルスの政策策定における日本の時代遅れで硬直した組織構成であろう。グローバルヘルス・イニシアティブに関与する複数の省庁間で連携がとれていないことが特徴で、このような分極化された枠組みでは、国会、外務省、厚生労働省、財務省、そして二国間援助機関である JICA の間で合意、調整ができなければ、その時点で進行が完全に止まってしまうか、そうでなくても遅れが生じる。このような背景がある中で、日本は国内で培われた保健医療知識をどのようにグローバルヘルス戦略に結びつけることができるだろうか。

われわれは、日本政府の最高レベルで、国内外の政策立案者、官僚、学術専門家、市民社会の代表から成るグローバルヘルス委員会を設置することを提案する。このようなプロセスによ

り、2008 年の G8 北海道洞爺湖サミットでは、連携と調整の欠如を克服することに成功した。この体制が 1 回限りで終わることなく再開され、組織的に維持される必要がある。さらに実施機関、即ち JICA 保健部門、国立保健医療科学院、国立感染症研究所、国立国際医療研究センターを統合し、専門性と能力を強化する必要がある。

国内のグローバルヘルス関係者間の連携体制をこのように再編することは日本の最大の問題であるグローバルヘルス分野に対する資金量の低さという課題に対しても大いに役に立つ。また、ここで提案する機関統合と調整の改善は、保健政策リーダーの育成、人材のさらなる効果的な活用、そして日本のグローバルヘルス政策に関する独立したきちんとした評価といった面においても利点がある。

保健医療分野における ODA のコミットメント

日本の保健医療分野における ODA は GNI の僅か 0.013%であるが、その金額自体はかなりなものである（2008 年においては 6.52 億ドル）。しかし、これは日本が貢献可能な額と比べてまだ小さい。資金がものをいうグローバルヘルスの世界では、日本はこのような小さな予算で主要なリーダーとなることはできない。それでは、日本はどのレベルまで資金的コミットメントを拡大すべきか、というのが重要な問題となる。

国際的に合意されている ODA のコミットメントレベルは GNI の 0.7%とされる。これに日本の ODA を比較することも重要ではあるが、保健 ODA を大幅に上げずとも、この基準を達成することは理論上可能であるため、日本の保健医療分野における ODA の包括的な評価には使えない。そのため、われわれは日本の ODA を対 GNI 比の 0.18%（2009 年時点）から単純に 0.7%まで引き上げることは提案しない。代わりに、これまで国際合意で定義されていなかった保健医療分野に特化した新たな ODA 基準を提案したい。これは、保健 ODA の資金量を対 GNI 比 0.05%とすることである。この数字は OECD 開発援助委

パネル1：住友化学（株）のマラリア根絶へのコミットメント^{50,51}

毎年、2億人以上が罹患し、100万人近くが死亡するマラリア。この最大の負担を負っているのは世界のマラリア症例の90%以上が集中するアフリカである。マラリアは、貧困の大きな原因となっているため、効果的予防と根絶はアフリカの発展にとって重要である。日本の民間企業である住友化学（株）が開発したマラリア予防の蚊帳「オリセツ」は長期残効型で、薬品処理せずに5年間効果の持続が保証される唯一の蚊帳である。安価で、破れにくく、洗濯用の加工がされているオリセツ・ネットはマラリアを伝播する蚊を防ぐのに効果的だとしてWHOも推奨している。

住友化学（株）は効果的なマラリア予防戦略が差し迫って必要なことを理解し、企業の社会的責任を果たす機会であると捉え、2003年にオリセツ・ネットの技術をタンザニアの蚊帳製造業者に無償で技術供与し、長期残効型蚊帳（殺虫剤の効果が長期的に持続する蚊帳）はアフリカで初めて現地製造されることになった。増加する需要に応えるため、住友化学（株）は2005年に現地の製造業者とパートナーシップを組み、ベクター・ヘルス（Vector Health）社を創設した。住友化学（株）の取組みにより、2008年までに年間1900万帳の蚊帳が製造されるようになり、その過程で現地で4000人の雇用が生み出された。2009年にはタンザニアでの年間製造数は2900万帳まで拡大し、エチオピアに新しい工場も開かれた。今後マラウイとウガンダにも施設が開設される予定である。

社会的イメージの向上と「社会の信用を維持する」という願望に後押しされた、アフリカのマラリア根絶に対する住友化学（株）のコミットメントは、この地域のグローバルヘルスに多大な効果をもたらしてきた⁽⁵²⁾。これは明らかに保健医療開発に民間資源の動員が可能であるという有効な例であり、CSR（企業の社会的責任）事業として他の日本企業もグローバルヘルスに取り組むよう、住友化学（株）の試みはこれまで以上に広く認識され、周知されるべきである。

員会22カ国の保健医療分野におけるODAの平均から算出した。

もし、日本がグローバルヘルス分野で今よりもさらに大きな役割を果たすことを望むのならば、保健医療分野におけるODAを対GNI比で0.013%から0.05%に増加すべきである。このレベルを達成できれば、日本政府の保健医療分野におけるODAは今の約4倍の年間25億ドルとなり、アメリカに次ぐ世界第2位の保健医療分野におけるODAドナーとなる。これは、OECD平均の15%と比べると依然低い割合ではあるが、保健医療分野に充てるODA全体に対する割合を、現在の2%から7.7%に引き上げることで達成できる。

しかし、残念なことに、外務省は2011年のODA予算を5.33億ドル削減することを最近発表した。世界基金に対する予算削減額のみでも1.69億ドルにもなる⁴⁸。東日本大震災後、日本

が国内の救援、復興活動に重点を置くのは理解できるが、日本がグローバルヘルスにおいて影響力を維持するためには、政府はODAの削減を早急に撤回する必要がある。

民間セクターのイニシアティブ

日本の保健医療分野における開発援助（DAH）の大半は政府由来である（図2）。また、日本のNGOの貢献はDAH全体の僅か1%であり、その財源も元々は大半が政府由来である。しかし、アメリカなど他国の例からみても、民間セクターがグローバルヘルスにおいてかなりの資金的、技術的貢献をできることは明らかである。そこで、われわれは日本の民間セクター（たとえば官民パートナーシップ、NGO、企業、財団）で眠っている資金と専門性を動員することを提案する。

これらの資源が日本に存在することは明らかである。例えば日本ユニセフ協会は、各国にあるユニセフ国内委員会の中でも最も多額の貢献をしている委員会の1つで、2009年には約188億円（約2億ドル）が集められ、そのうち152億円（約1.6億ドル）がユニセフに寄付された⁴⁹。大企業もグローバルヘルスの分野で積極的な活動を開始しており、たとえば住友化学株式会社はタンザニアとエチオピアの企業に長期残効型蚊帳（殺虫剤の効果が長期的に持続する蚊帳）の製造技術を供与し、その結果、年間2900万帳の蚊帳が生産されている（パネル1）^{50,51}。日本の民間投資家の台頭も注目すべきで、予防接種のための国際金融ファシリティ（IFFim）が2008年から販売したワクチン債の約半分である15億ドル分は日本人投資家が購入したものである⁵³。

このような革新的な民間のグローバルヘルス・イニシアティブがさらに促進され、維持されていかなければならない。例えば、日本の財団は主に文化・芸術活動の支援を中心としているが、グローバルヘルス分野においてもさらに直接関与していくべきである。しかしながら残念なことに、昨今、日本社会には国際問題に対する幅

IFFimについては、
<http://www.iffim.org>

広い関心が欠けており、また、民間セクターが活性化するための十分なインセンティブや条件が整っていないことも障害となり、グローバルヘルス分野における民間セクターの積極的な参加が阻まれている。最も顕著な例は、民間セクターの成長を促進するための具体的且つ効果的な制度である税額控除資格を、財務省が市民団体に与えることを拒んでいることである¹⁶。一方でよい動きもいくつかあり、今年、国会は非営利団体設立を推進する法案を通過させ、特に東日本大震災後、復興の取組みを行なう非営利団体などについて、最大控除額を引き上げた⁵⁴。この新しい法案は日本で寄付文化と慈善事業醸成のための推進力となるだろう。しかし、これに加えてわれわれは、民間イニシアティブへの資金投入を奨励する制度も制定するよう強く要請したい。また、効果的なメディアやキャンペーンを通じて、国民にグローバルヘルスについての周知を広めることも必要である。

研究能力とグローバルヘルス分野におけるリーダーシップ

国内及び対外保健政策に関する厳密な科学的評価がなされていないことは、日本の経験や知識をグローバルヘルスに効果的に活用しようとする際の障害となっている。実際、本『ランセット』日本特集号は、日本の国内およびグローバルヘルス政策を科学的手法を用いて議論、評価する初めての機会であった。日本が有する保健医療の専門性をグローバルヘルスに移転し、活用していくためには、今回のような取組みが今後も維持されていかななくてはならない。

しかし、そのためには、日本は政府内外におけるグローバルヘルスに関する研究能力を大幅に強化する必要がある。現在、グローバルヘルス専門家の数が絶対的に少ないこともあり、JICA や他の関係省庁には技術官僚が足りていない。また、政府外でもグローバルヘルスの研究に積極的に取り組んでいる日本の大学は一握りしかない。これまでの代表的な試みとして挙げ

られる、アジア、アフリカ諸国で共同研究所を設立するという文部科学省の「感染症研究国際ネットワーク推進プログラム」などは重要な試みであるが、日本の NGO や企業は依然としてグローバルヘルスの研究、教育にあまり関与していないことから、さらなる協力と取組みが必要である。

科学的厳密さと客観性を確保しつつ日本の研究能力を強化するためには、2つの取組みが必要となる。最初に、日本はグローバルヘルスの人材育成を優先しなければならない。これは大学でグローバルヘルス政策人材養成事業を展開したり、国連、JICA、NGO、科学関連企業のポストを通じて国内の保健専門家をグローバルヘルスの分野に動員することである。2つ目に、保健政策に関する独立した評価が必須である。日本では、歴史的に政策評価があまりなされてこなかったために、実現すれば日本のグローバルヘルスの取組みによい影響を及ぼすだけでなく、国内の保健改革にも役立つであろう。そのためには、学術専門家に対する資金提供を増加させ、彼らの意見にこれまで以上に耳を傾けるべきである。また、保健医療分野で独立した民間機関として、公平で権威あるアドバイスをアメリカ政府や民間セクターに提供している米国医学研究所 (Institute of Medicine) のような、外部の専門機関を設立することも提案したい⁵⁵。

米国医学研究所については、<http://www.iom.edu>

未来に向けて

アジアでの日本の貢献

グローバルヘルス・コミュニティが国民皆保険に向けて進み始める中、アジアほど援助が必要な地域はない。日本とアジアは歴史的、地政学的、経済的背景を共有していることから、日本はアジアを援助するには最適の立場にある³。中所得国の国が、国民皆保険に向けて大きな進展をした注目すべき事例もいくつかある。例えばタイでは国民皆保険を2001年に導入したが、2007年までに人口の97.7%がカバーされるようになった²。しかし、これとは対照的に、他の

パネル2：市民社会の新しい動向

日本の市民社会はやや力不足で活動の範囲も限られているが、非営利のコンサルティング団体で革新的なものも現れている。その好例が「Soket」で、中国、東ヨーロッパ、アフリカ、中央・南アジアで市場主導の革新的なビジネスアプローチを世界の開発問題に適用しようと試みている。Soketは、企業が利益と社会発展の双方を達成できるよう、専門性、現地ニーズの徹底的な調査、パートナーシップ、人材育成を通じて発展途上国でビジネスを展開するためのモデル構築の手助けをしている。

Table for Two (TFT) も世界の保健問題の改善を目指す民間団体で、発展途上国での飢えと、先進国での肥満や他の生活習慣病の問題に同時に取り組んでいる。TFTの基本原則は先進国で1食購入されることに発展途上国に1食が贈られるというものである。既に130を超える企業、高等教育機関、政府省庁が参加し、TFTが定める条件にあったヘルシーメニューが提供されている。対象となるヘルシーメニュー1食につき参加企業から20セントがTFTに寄付される。TFTはその寄付を学校給食費として、子どもへの食事配給と健康状態の報告、モニターを行なうことに同意した発展途上国の学校に贈る。日本での成功に続いて、2008年にはアメリカにも活動が広まっている。この運動の成功により、日本人は世界的にも有数の健康な国民として健康の価値を深く理解しており、必要なのはグローバルヘルスにおける課題と現在の取組みについてのさらなる周知だけであるということが示された。

Soketの詳細は、http://www.soket.me/index_e.html

TABLE FOR TWOの詳細は、<http://www.tablefor2.org>

アジア諸国では被保険者の保険カバー率は低く、特にインドでは人口の5.7%、バングラデシュは0.4%、ネパールは0.1%といった低さである⁵⁶。これらのアジア諸国は持続可能な保健財政と保険制度を見つける必要があるが、日本は1960年代に中所得国として保健医療の改善に取り組んだ知識と経験をもって、政策方針と開発におけるリーダーシップを発揮すべきである。

また、日本はアジアにおけるグローバルヘルス目標を実現するため、さまざまな地域フォーラムにおいてリーダーシップを担うべきである。例えば、日本はこれまでも経済協力と世界的課題を扱う地域フォーラムに積極的に関与してきたが、アジア太平洋経済協力会議(APEC)などでは今年から保健医療が優先課題になった⁵⁷。また、日本はアジア欧州会合の調整国であり、主要なドナー国の1つとして同会合のパンデミック・インフルエンザについてのイニシアティ

ブを主導している⁵⁸。この2つのフォーラムは、日本が保健医療をさらに大きな地域優先課題にすることができる場といえる。さらに、中国と韓国が主要なドナー国となる中、日本は地域の保健医療改善のためのパートナーとして両国と積極的に協力すべきである。すでに2007年に地域での知見共有と援助協力を促進する目的で、日本、中国、韓国の三国保健大臣会合が開催されている。今のところこの会合のアジェンダはパンデミック・インフルエンザとMDGsについての情報共有に留まっているが、今後はグローバルヘルスの他の領域にも枠組みを広げていくべきである。

グローバルヘルスの未来についての日本のビジョン

政策策定プロセスの改善、資金的コミットメントの増加、民間のイノベーション、グローバルヘルスにおけるリーダーシップ、これらにより国内および世界の人々の健康に関する日本の取組みは一新されることになる。歴史上例を見ない国際的相互依存が進み、保健医療課題が山積する今日、日本はこれ以上行動を遅らせるわけにはいかない。3月11日に発生した東日本大地震、津波、そして原発事故により、日本は壊滅的かつ複雑な緊急事態に直面している。日本にとって今日ほど、世界の団結が必要なことを実感できる時はないであろう。

そんな中、既に頼もしい変化の兆候もある。日本のこの危機的状況を受け、多くの日本の若者が被災者を助けようと熱心に取組みを行なう姿をわれわれは見てきた。革新的なソーシャルメディアを使い、彼らは情報収集と情報共有を効率よく行ない、プロジェクトのための支援を募り、大規模な募金キャンペーンを始めた。日本でもこのような革新的な試みがグローバルヘルスの分野でも徐々に現れ始めており、これらは人間中心の保健システムとガバナンスの発展に寄与するものと信じる(パネル2)。

しかし、日本だけではグローバルヘルスの解

決策は見いだせない。日本と同様に、他の多くの国々においても、国民の健康を目指し保健医療革新を続けてきた中で、長年培われてきた数えきれないほどの知見や知識が存在するが、未だそれを世界的に集約し、体系的に評価し、グローバルヘルスの取組みに活用するところには至っていない。これは、容認できないことである。この豊富な知識の存在は、ある意味無限の、しかしまだ秘められたままの教訓がそこに眠っているということであり、世界はそれを緊急に必要としている。行動を起こすのは、今である。

各著者の貢献

ライデン・ヤノ、リンカーン・チェン、渋谷健司が本稿の概念的枠組みを設定した。ヤノ、森臨太郎が文献調査を行なった。佐々木八十子がデータの収集、解析を行なった。ヤノ、森、國井修、渋谷が執筆、チェン、國井、武井貞治、余海、武見敬三が改訂した。すべての執筆者が議論に貢献し、最終稿に目を通している。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

本論文はビル&メリнда・ゲイツ財団と米国中華医学基金会の助成、一部、厚生労働省科学研究費からの研究助成 (H22-政策-指定-033) を受けている。ライデン・ヤノは東京大学でのフェロースシップにヘンリー・ルース財団から助成を受けた。本稿に記されているそれぞれの著者の考察や意見は個人としての観点から述べられているものであり、日本政府や各所属団体の決定や政策を示すものではない。石井羊次郎氏 (JICA)、石井澄江氏 (ジョイセフ) の貴重な貢献に感謝する。また貴重なコメントを頂いたデビッド・エヴァンス氏 (WHO) とアズルル・アズワール氏 (インドネシア大学)、編集を手がけたアンドリュー・ステックリー氏、運営面で支援してくれた山本正氏と鈴木智子氏に感謝申し上げる。

引用文献

- Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet* 2010; 376: 1689-98.
- Garrett L. The challenge of global health. *Foreign Aff* 2007; 86: 14-38.
- Latko B, Temporão JG, Frenk J, et al. The growing movement for universal health coverage. *Lancet* 2011; 377: 2161-63.
- WHO. The world health report—health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (accessed July 20, 2011).
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373: 1993-95.
- Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med* 2010; 7: e1000089.
- UN Population Division. World population prospects: the 2010 revision. New York, NY: United Nations, 2011.
- Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
- Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- McCurry J. Japan: the aftermath. *Lancet* 2011; 377: 1061-62.
- Ravishankar N, Gubbins P, Cooley R, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009; 373: 2113-24.
- IHME. Development assistance for health estimates 1990-2010 tables. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/record/development-assistance-health-estimates-1990-2010-update> (accessed July 20, 2011).
- 内閣府 『「保健医療分野の国際協力に関する特別世論調査」の概要』 2010年7月発表, 内閣府ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/survey/tokubetu/h22/h22-health.pdf>) (2011年07月20日アクセス).
- Gilson J, Purvis P. Japan's pursuit of human

- security: humanitarian agenda or political pragmatism? *Japan Forum* 2003; 15: 193–207.
- 17 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Japan's official development assistance charter: revision of Japan's Official Development Assistance Charter (August 2003). <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/reform/charter.html> (accessed July 20, 2011).
 - 18 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Japan's ODA annual report, 1994. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/summary/index.html> (accessed July 20, 2011).
 - 19 Togo K. Japan's foreign policy, 1945–2009: the quest for a proactive policy. Leiden: Brill, 2010.
 - 20 Okita S. Japan's growing role for development financing. In: Reich M, Marui E, eds. International cooperation for health: problems, prospects, and priorities. Dover: Auburn House Publishing Company, 1989.
 - 21 Trinidad D. Japan's ODA at the crossroads: disbursement patterns of Japan's development assistance to southeast Asia. *Asian Perspect* 2007; 31: 95–125.
 - 22 Woods N. Whose aid? Whose influence? China, emerging donors and the silent revolution in development assistance. *Int Aff* 2008; 84: 1205–21.
 - 23 Konrad C. The Japanese approach: tracks of human security implementation. *Human Security Perspectives* 2006; 1: 22–38.
 - 24 Commission on Human Security. Human security now. New York, NY: Commission on Human Security, 2003.
 - 25 Japan International Cooperation Agency. Mission statement. <http://www.jica.go.jp/english/about/mission> (accessed July 20, 2011).
 - 26 Arase D. Public-private sector interest coordination in Japan's ODA. *Pacific Affairs* 1994; 67: 171–99.
 - 27 Kawai M, Takagi S. Japan's official development assistance: recent issues and future directions. *J Int Dev* 2004; 16: 255–80.
 - 28 Lu C, Schneider M, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray C. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet* 2010; 375: 1375–87.
 - 29 Samarasinghe S de A. Japanese and US health assistance to Sri Lanka. In: Reich M, Marui E, eds. International cooperation for health: problems, prospects, and priorities. Dover: Auburn House Publishing Company, 1989.
 - 30 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009; 373: 2137–69.
 - 31 JOICEF, HANDS. A study on Japan's global health aid policy: towards the formulation of a new policy. Tokyo: Japanese Organisation for International Cooperation in Family Planning, Health and Development Service, 2010.
 - 32 Kunii O. The Okinawa Infectious Diseases Initiative. *Trends Parasitol* 2007; 23: 58–62.
 - 33 Japan Anti-Tuberculosis Association. Okinawa Infectious Disease Initiative: summary of mid-term evaluation report, March 2004. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/evaluation/FY2003/text-pdf/okinawa.pdf> (accessed July 20, 2011).
 - 34 Mori K, Yonemoto K, Takei T, Izazola-Licea J, Gobet B. Estimation of Japanese international financial assistance for HIV/AIDS control for 2003–2007: difficulties and limitations of data collection. *Health Policy* 2010; 94: 54–60.
 - 35 The World Bank. World development indicators 2010. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010> (accessed July 20, 2011).
 - 36 Ministry of Foreign Affairs. Japan's ODA white paper 2009: Japan's international cooperation. <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/white/2009/index.html> (accessed July 20, 2011).
 - 37 Tokyo International Conference on African Development. About TICAD. <http://www.ticad.net/archive.shtml> (accessed July 20, 2011).
 - 38 Fenner F. Nature, nurture and chance: the lives of Frank and Charles Fenner. Canberra: Australian National University Press, 2006.
 - 39 Murali MS, Sajjan BS. Dots strategy for control of tuberculosis epidemic. *Indian J Med Sci* 2002; 56: 16–18.
 - 40 Reich M, Takemi K, Roberts M, Hsiao W. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; 371: 865–69.
 - 41 Takemi K, Jimba M, Ishii S, Katsuma Y, Nakamura Y, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution. Human security approach for global health. *Lancet* 2008; 372: 13–14.
 - 42 Kurokawa K, Banno Y, Hara S, Kondo J. Italian G8 Summit: a critical juncture for global health.

- Lancet* 2009; 373: 526–27.
- 43 Reich M, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009; 373: 508–15.
- 44 Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; 370: 1983–84.
- 45 Macdonald R, Horton R. Global health and the G8 —is power just too sweet to share? *Lancet* 2008; 372: 99–100.
- 46 United Nations. Composition of the Secretariat-Report of the Secretary-General. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/64/352 (accessed July 20, 2011).
- 47 Horton R. Offline: Japan: a mirror for our future. *Lancet* 2010; 376: 858.
- 48 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Press Conference by Minister of Foreign Affairs Takeaki Matsumoto. http://www.mofa.go.jp/announce/fm_press/2011/4/0422_01.html (accessed July 20, 2011).
- 49 Japan Committee for UNICEF. Annual report 2009. Tokyo: Japan Committee for UNICEF, 2009.
- 50 Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Sumitomo Chemical announces expansion of Olyset net plant in Tanzania. http://www.gbciimpact.org/itcs_node/2/0/news/2015 (accessed July 20, 2011).
- 51 Sumitomo Chemical. Olyset manufacturing in Africa. <http://www.olyset.net/olysetnet/manufacturingafrica> (accessed July 20, 2011).
- 52 Sumitomo Chemical. Sumitomo Chemical's CSR. <http://www.sumitomo-chem.co.jp/english/csr/management> (accessed July 20, 2011).
- 53 GAVI Alliance. GAVI Alliance and IFFIm offer condolences to people of Japan. <http://www.gavialliance.org/library/news/statements/2011/gavi-alliance-and-iffim-offer-condolences-to-people-of-japan> (accessed July 20, 2011).
- 54 NPOWEB 「新寄付税制，関連法案が衆議院を通過！」2011年6月発表，NPOWEB ウェブサイト (<http://www.npoweb.jp/modules/news1/article.php?storyid=3479>) (2011年07月20日アクセス).
- 55 Mori R, Takemi K, Fineberg HV. Science and consensus for health policy making in Japan. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9.
- 56 ILO. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: International Labour Organization, 2008.
- 57 Feinberg R, Cooperation A. APEC as an institution: multilateral governance in the Asia-Pacific. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, 2003.
- 58 Yamahana I. Japan's new global health policy and ASEM initiative. *Asia Eur J* 2011; 8: 453–55.

日本：国民皆保険達成から 50 年 6

優れた健康水準を低コストで公平に実現する 日本型保健制度の将来：国民皆保険を超えて

渋谷健司, 橋本英樹, 池上直己, 西晃弘, 谷本哲也, 宮田裕章, 武見敬三, マイケル・R・ライシュ

2011年9月1日オンライン出版

DOI:10.1016/S-140-6736(11)61098-2

オンライン・コメント参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61148-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61189-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60820-9

オンライン特集号参照

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3

DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8

本稿は全6本からなる日本特集号「日本：国民皆保険達成から50年」の第6稿目である。

東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室 (渋谷健司教授)

東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学分野 (橋本英樹教授)

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 (池上直己教授)

ハーバード大学公衆衛生大学院社会・人間開発・健康学部 (西晃弘)

東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学教室 (西晃弘)

公益財団法人がん研究会がん研究所 (谷本哲也)

東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 (宮田裕章)

公益財団法人日本国際交流センター (武見敬三)

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健・人口学部 (マイケル・R・ライシュ教授)

日本の保健医療分野における過去50年間の最大の成果は、低コストで国民の良好な健康指標を実現し、国民の間での公平性を徐々に高めてきたことである。日本が国民皆保険制度を構築し維持するために打ち出してきた政策は、世界の多くの国がそれぞれの状況において直面している政策議論と同様に発展してきている。わが国の国民皆保険制度の財政的持続可能性は、人口・経済・政治の諸要因によって脅かされている。さらに2011年3月11日のマグニチュード9.0の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがすとともに、日本の保健システムの構造的諸問題を露呈させた。本稿では、日本が保健医療分野において過去50年間に達成した成果の持続可能性と公平性を確保するために4つの主な改革案を提示する。すなわち、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行すること、政府と地方自治体の役割を見直すこと、保健医療サービスの質を高めること、グローバルヘルス（地球規模の保健医療）に貢献すること、である。今こそ、日本およびその保健システムが生まれ変わる時である。

序論

世界各国の保健医療セクターが、国民皆保険に向けた取り組みを加速させている¹⁻³。2005年に開催された世界保健機関（WHO）の第58回世界保健機関総会では、国民皆保険を、すべての国民に対して支払い可能な範囲の費用で適切な保健医療サービスへのアクセスを保証することと定義したうえで、財政的に持続可能な保健医療システムの構築に向け努力することを加盟国に求める決議が採択された³。総会ではさらに、税と社会保険制度を組み合わせた前払い制度を、各国の個別事情に応じて採用することで国民皆保険の実現に努めるよう促した⁴。過去10年間に、ガーナやルワンダといった低所得国においても、低コストで国民皆保険を実現するための保険制度が導入されはじめている。⁵⁻⁷

国民皆保険の定義についてはまだ議論のあるところだが、一般的には、全国民が支払い可能な範囲の費用で健康増進、予防、治療、リハビリテーションなどの主要な保健介入サービスを

主要論点

- 日本は、1961年に国民皆保険を実現した。他の保健医療政策・対策と相まってこれまで日本は低コストで公平かつ良好な国民健康水準を実現することに成功してきたが、今日、多くの課題を抱えている。
- 『ランセット』の本特集号の他の論文で指摘されたように、日本の保健システムは3つの共通課題、つまり、経済的持続可能性、政治的ガバナンス、患者の期待への対応の欠如に直面している。
- 2011年3月に発生した東日本大震災は保健システムの根底にある構造的問題を露呈させたが、3つの課題を解決することを財政的により一層困難にした。
- これらの課題に対処するため、筆者らは日本の保健医療システムに関する4つの主要な改革を提案する。人間の安全保障という価値観に基づいた改革を実行すること、政府と地方自治体の役割を見直すこと、保健医療サービスの質を改善すること、グローバルヘルスに積極的に取り組むこと、である。
- 日本が保健医療の構造改革と災害からの復興の両方を達成できることを示す、明るい兆しがある。この日本の経験は、日本がグローバルヘルスを促進する上でより積極的な役割を果たす基盤になりうる。

検索方法と選択基準

PubMed, Medline, Embase, Jamas, Jstorの各データベース, 政府の報告書, 国内情報源の未発表文献を調査対象とした。情報源を特定したときは, 本調査戦略を踏まえつつ, 入手した報告の参考文献リストを調査することなどにより, その情報源を用いて追加資料を作成した。本論文の第1部は, 国民皆保険制度の導入から50年を経た日本における保健医療および関連要因の評価を行った『ランセット』の本特集号のこれまでの報告に基づいている。東日本大震災および地震後に発生した福島第一原子力発電所の事故の影響を検討するため, 上記の方法により特定・検索した報告書, 並びに国際原子力機関 (IAEA), 日本政府および国内メディアなどを含む他の情報源から発行された文書を参照した。

利用できることとされている。財政的リスクから保護することを原則とし, 医療サービスへの支払いによって国民が財政的に破綻することのないようにするものでなくてはならない^{4,8}。社会保険制度を用いることで, それぞれの保険者ごとに被保険者間での連帯に基づき, 徐々に被保険者の対象範囲を広げていくことができる⁹。日本は1961年に国民皆保険を実現したが, その時点で実質的に全国民が社会保険制度の対象になっていた¹⁰。

しかし, 国民皆保険の実現は最終目的ではなく, 新たな課題の始まりである。日本において国民皆保険制度は1961年の達成以降, 常に修正変更が加えられてきた。患者自己負担率の変更, 財源への税金投入のあり方, 異なる複数の保険間での拠出金による相互補填など, さまざまな面で変化してきている¹⁰。わが国の国民皆保険制度がこのように徐々に変化してきたことは, 国民皆保険制度に関する政策論争が多くの国で各国固有の文脈で行われているのと同じである。今日, 日本の国民皆保険制度は, 人口構造, 経済, 政治の各要因によってその財政的持続可能性が脅かされている。

しかし, 低い経済成長と不安定な政治状況が, 国民皆保険の諸問題への対応と構造改革を著しく困難にしている。さらに, 2011年3月11日のマグニチュード9.0の東日本大震災に起因す

る自然災害と原発問題という一連の危機的状況は, 第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがしている (パネル1)¹¹。これらの災害によって, 日本の保健システムがこれまで長きに渡って根底に抱えてきた, 構造的問題が露呈された。

日本語の「危機」は, 危険と機会を意味する2つの漢字でできている。『ランセット』日本特集号¹⁷を始めるに際し, 筆者らは, 現在の日本の政治・経済・社会状況は, 国民皆保険導入から50年経った保健医療システムを超党派で改革する機会であると考えた。また, 人間の安全保障というわが国の考え方が, 保健医療政策における国内外のさまざまな難題に対処するための鍵となる価値観になれば, と願った^{10,17-20}。日本特集号ではこれまで, 我が国の健康水準, 国民皆保険, 医療費とサービスの質の問題, 高齢化と介護, グローバルヘルスなど, 日本の主要な保健医療のテーマを総合的に分析した結果を報告してきた。本稿では, 日本の保健システムの主な成果をまとめ, 将来に向けた課題を検討し, 改革案を提言する。

優れた健康水準を低コストで公平に実現

日本の保健医療分野における過去50年間の最大の成果は, 国民間での公平性を高めながら低コストで良好な健康水準を実現したことである。1985年の低コストで良好な健康水準の実現をテーマにした, 中国, コスタリカ, スリランカ, インド・ケララ州の保健システムに関する画期的研究⁸が現在, 国際研究者グループによって再検討されている²¹。著者らは日本の経験, 特に, 低コストで良好な健康状態を追求する一方で平等原則の追求にも成功した体験から, 他国においても良好な健康水準を実現するための重要な教訓が得られると考えている。

1961年の日本の国民皆保険導入は世界でもかなり早いものだったが, 特に当時1人当たり国民所得が英国の半分であったことを考えればなおさらである¹⁰。今日, 雇用先や居住地により

連絡先：
〒113-0033 東京都文京区
本郷7-3-1
東京大学大学院医学系研究
科国際保健政策学教室
教授 渋谷健司
shibuyak@m.u-tokyo.ac.jp

パネル1：東日本大震災

2011年3月11日、本州北東沿岸部の約130km沖でマグニチュード9.0の地震と津波が発生し、原子力発電所の大惨事をはじめとする危機が連鎖的に生じた¹²。地震に津波が加わったこの災害により1万5500人以上が死亡し、7月初めの時点で、約7000人が未だ行方不明であり、5300人以上が負傷し、21万7000戸が深刻な被害を受けた¹³。地震・津波・原発事故の災害により10万人以上が避難した^{11,13}。主要な死因は90%以上が津波による溺死であった¹³。この三重の災害は、日本にとって第二次世界大戦後、最大規模の人道危機となった^{11,14,15}。災害発生直後には、日本に拠点を置く数多くの保健医療機関チームや自衛隊、いくつかの国際医療チームが救急治療にあたった。これらの取り組みは被災地での人命救助と疾病治療に貢献した。どのようにすれば急性期の救急処置を改善できたかについて、現在評価が行われている。

日本における三重の災害は現在、長期的な支援の段階に入っており、復興のプロセスにとって困難な健康上の問題を数多く引き起こしている。第1に、避難住民にとっても避難していない住民にとっても、慢性疾患（高血圧症や糖尿病など）の管理が依然として健康上の重要な優先課題である。これらの問題は、避難所にいる住民の運動不足や多量の塩分摂取によって悪化している。第2に、被災者とその家族、保健医療・介護従事者の間でメンタルヘルスの問題（心的外傷後ストレス障害や過呼吸症候群など）が広がっている¹⁶。これらの問題は、個人・社会レベルでの大規模な荒廃・損失や、放射線関連の健康リスク・経済補償・地域再建など将来に対する大きな不安と関連している。第3に、被災地全域の経済が破壊され、数多くの会社が震災により倒産の危機に直面し、電力不足が生産を根底から揺るがしている。そして、必要な大規模建設事業の財源として増税が実施される可能性がある。したがって、震災は、直接被害を受けなかった人々にも多くの点で影響を与えている。最後に、長期的段階では、原子力発電所の作業員やまだ自宅に残っている近隣住民、放射線汚染地域の避難住民を対象として、放射線被曝および住民レベルの健康への潜在的影響をモニタリングすることが必要である。福島第一原子力発電所の大惨事による放射線被曝や、政府と東京電力が原子力災害を制御できず、実際に起こっていることについて信頼に足る情報を公開できないことについて、一般国民の不安感は非常に大きい。

3500の保険者に分かれ、実質的にほぼすべての日本国民が医療社会保険に加入している。日本ではさらに、高齢者・児童以外の自己負担率を一律にするとともに、高齢者加入比率が異なる保険制度間の調整のために拠出金による相互補填を義務づけることで、異なる保険制度間の不平等を減らしてきた。これらの取り組みは、ほぼすべての日本国民に医療社会保険での平等な待遇を保証する平等原則の実現に寄与してきた。しかし、保険料の対所得比に関しては不平等が存在し、保険未加入のパートタイム労働者が増加していることが問題となっている^{10,22}。

国民皆保険をめぐる懸念は、医療費を持続可能な方法でどのように抑制するかということ

ある²³。日本は基本政策として、診療報酬により支払条件を供給側で厳格に管理する一方、サービスの提供方法については自由放任主義的アプローチを取ってきた¹⁷。医療の質の構造・プロセス面は、特に高血圧症などの慢性疾患において不十分であるように思われる。こうした医療の質の問題は、主として医師・病院の発展の歴史的経緯と専門家組織の不十分なガバナンスによるものであって、必ずしも医療費抑制策によるものではない。手術死亡率などの専門医による急性期治療のアウトカムは他国と同じぐらい良好である。しかし、保健医療資源のニーズと供給の間にミスマッチがあり、医療の質に対する情報開示が欠如している。

日本では、急速に進行する高齢化に対処するための革新的な政策が導入されている。65歳以上の人口は1990年では12%であったが2010年には23%になっており、過去20年間でほぼ倍増している。1970年代後半から、高齢者医療費は政策上の主な問題であった。本特集号の高齢化に関する論文にもあるとおり²⁰、日本は高齢化社会の課題に対応し医療費を抑制するため、2000年に公的介護保険制度を導入した。介護保険制度は社会保険の原則に基づいて運営され、所得や家族の状況に関係なくサービスが給付される。保険範囲と給付の面で、この保険制度は非常に寛大なものになっている。過去10年間にサービスの利用と支出が倍増したことに示されるとおり、この政策は広く受け入れられているが、当該期間の医療費増加率はわずか15%にすぎない。介護保険制度が被保険者とその介護者に与えている影響については、今後包括的な評価を行う必要があるものの、この政策は労働市場への女性の参加を促進し、世帯の財政負担を減少させることに成功している。しかし、制度の財政的持続可能性、施設介護への過度の依存、家族介護者のニーズに対するサービスの不足といった問題は依然未解決である²⁰。

国民の健康水準の面で日本が果たした成果は目を見張るものがある。女性の平均寿命は86歳

で、1986年以來世界一である。死亡率低下に関する成果については、本特集号の最初の国民の健康状態に関する論文で検討したように、2つの時期に分けることができる¹⁹。第1期は、第二次世界大戦終了直後から1960年代中頃までで、この間に5歳未満の感染症による死亡率と結核による成人死亡率は顕著に低下した。第2期は、1960年代から現在（国民皆保険導入後）までで、主として脳血管疾患と虚血性心疾患による成人および高齢者の死亡率の低下が著しかった。

第1期における死亡率の低下は、国としては貧しいながらも、感染症に対する公衆衛生的対策と結核の無料治療を施したことに、ある程度起因している。第2期では、塩分摂取量の低減などの健康リスク管理を展開したことと降圧剤の普及が主な要因と考えられる。保健医療システムは、全国民に医療サービスを受ける機会を保証するとともに、価格を規制して患者の自己負担額を低く抑えたことにより、相乗効果を生み出した。低コストで良好な健康水準を実現した日本の経験から得られる教訓は、国家の保健医療政策においてはまず医療サービスへのアクセスを改善し、医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することをまず優先課題とすべきであり、その後に医療サービスの効率性と質を追求すべきであるということである¹⁷。ただし、医療サービスが普及する以前の1950年代において、感染症および脳血管疾患以外の原因による死亡率はすでに低水準にあったということからすれば、日本人の長寿傾向については遺伝的、あるいは生活習慣的要因も寄与していたといえることができるだろう。

過去20年の間、経済状況が悪化し、1983年以降大多数の被保険者に対する自己負担率が引き上げられ、さらには1990年代以降、所得格差が広がり失業率も上昇したにもかかわらず、平均寿命は延長し続けている。しかし、日本が本当に健康的な社会を実現したのかどうかについては疑問が残る。入手可能なデータによれば、1990年代以降、健康寿命の伸び率が鈍化してい

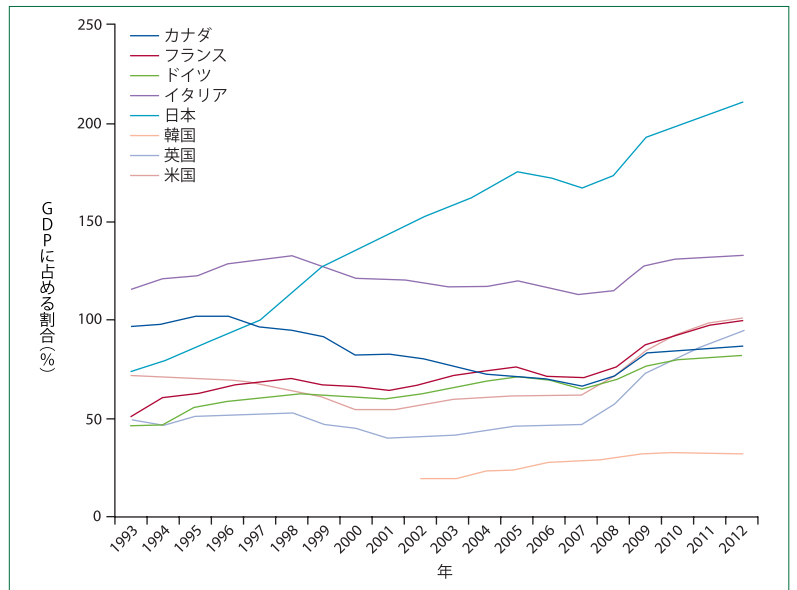


図1: 国債の対GDP比
データは「経済協力開発機構 (OECD)」²⁷による。

る²⁴。さらに、他国と比べれば日本における健康の社会経済的格差は依然小さいものであるとはいえ、社会経済的状況による死亡率格差は次第にはっきりとしつつあり、特に男性労働者における自殺率の上昇が顕著である¹⁹。これらの健康問題は、急速な高齢化に加え停滞する経済と増加し続ける債務残高に直面する、今日の日本において解決されるべき、より広範な制度的課題を象徴しているのかもしれない²⁵。果たしてわが国は国民全体の、そして国民一人一人の健康を低コストのまま追いかけていくことができるのだろうか。

日本の今後の課題

低コストで良好な健康水準を公平に実現してきた日本の制度には、財政的な持続可能性・政治ガバナンス・消費者の期待への対応という3つの主要な課題があると本特集号では述べてきた^{10, 17-20}。

まず、日本にとって最大の課題は、国家の財政状況と保健医療の財源調達をいかに図るかである。医療費の多くは社会保険料によって賄われているが、医療費の4分の1は政府の一般財

パネル2：医薬品および医療機器の承認の遅れ

日本では、医薬品や医療機器、ワクチンなど新規の医療技術の承認および導入は極めて遅い。1999年から2003年までは、新薬が世界で初めて申請されてから日本の市場で認可販売されるまでにおよそ3.7年かかっていた³³。他の先進国における遅れに比べてこれほどまでに長い時間がかかるのは、臨床試験実施までに必要なプロセスが長期にわたること、日本での新薬申請が遅れること、日本の規制当局による承認手続に時間がかかること、製薬会社の市場参入意欲をそぐ厳しい価格規制のためである^{34,35}。

日本への新規医療機器導入はさらに遅い。たとえば日本で承認済みの埋め込み型人工心臓は、他国ではより新しい第二世代の装置に取って代わられている。その結果、日本で使用されている装置は世界市場から消えており、日本の末期心不全患者は最新の装置を利用することができない³⁶。

ワクチンについても同様に遅い。日本では、インフルエンザ菌b型と肺炎連鎖球菌、ヒトパピローマウイルスのワクチンが最近になってようやく、他国と比べて数年も遅れて承認された。日本ではさらに、1989年から2008年の間に80人が生ワクチンにより麻痺性ポリオを発症したとの政府の報告書があるにもかかわらず、弱毒化経口ポリオ生ワクチンを使用し続けている³⁷。日本国内の会社は、厚生労働省の指導に基づき、不活化ポリオウイルスを含む混合ワクチンの開発に努めている^{38,39}。

医薬品や医療機器の承認の遅れは費用抑制策の結果であるのみならず³⁴、構造的な問題の結果でもある。これらの承認遅延問題の一部は、規制制度の見直し、公平な価格制度の導入、承認決定のための公式な費用対効果性の評価制度、政府や大学病院における臨床研究能力向上によって対応できるだろう。

源からも捻出されており、政府予算の10%を占めている²⁶。高齢化社会の進展と医療技術の進歩に伴い医療費が年々増えていくにつれてこの金額も増加していくため、政府は総医療費を管理して総予算を抑制しなければならない。1991年に日本のバブル経済が崩壊して以来、予算の制約が厳しくなっており、日本の債務残高は国内総生産の2倍にまで累積している²⁷。医療費の抑制がますます困難になる一方、政府には財源を増やす余力がない。さらに、地震・津波・原発事故という3つの災害に見舞われた地域の復興や補償のための緊急予算のために、政府に対する財政圧力はさらに増していくことになる(図1)。

次に、『エコノミスト』誌によれば、わが国は「政治制度が機能不全に陥り意気消沈している国」である²⁸。最近の原発危機に対する政府の対応の混乱ぶりは、より強力な政治のリーダーシップと意思決定の透明性を高めることの必要性を示している。2011年3月11日の災害発生後、政府は公的対策本部を数多く設置したが、結果

的に政府の非効率な対応につながった。放射線リスクと原発の被害規模に関する情報公開のタイミングのまずさと矛盾する内容が一般国民の混乱と大規模なパニックを生み出し、政府への不信感を高める一因になった²⁹。政府委員会の委員であった学者も、実効性に欠け、リスク評価が不適切で、一般向けのメッセージが不明瞭であると批判を受けたが、それはコミュニケーション能力の拙劣さに加えて、政府と原子力業界との間の利益相反のためであった。災害に対する政府の対応は、異なる省庁間の対立や競合、原子力エネルギー政策に見られたような特定分野における産学官の癒着などを特徴とする、日本の政策決定の制度的仕組みがもはや時代遅れであることを浮き彫りにした。混乱した政府の対応は、民主党政権下での官僚と政治家の相互不信によってさらに悪化している。今回の災害はまた、数十年に及ぶ自由民主党政権のもとで進められていた原子力業界規制が、実効性を伴わないものであったことをも露呈した³⁰。

最後に、今日の情報化が進みネットワーク化される社会にあって、時々刻々と変化していく国民の健康に対する期待や、良質なサービスに対する需要の高まりに、日本の保健システムが十分対応できていないことがある。こうした状況は、いくつかの医療問題についてすでに国民的議論を生み出している。たとえば、医薬品による健康被害が報告された後、相次いで薬害訴訟が起これり、それが医薬品および医薬材料の許認可制度の見直しにつながった^{31,32}。しかし、新しい医薬品や医療機器、ワクチンの承認が遅いため、医師や患者を落胆させることにもなっている(パネル2)。これらの動向は、日本の保健システムにおける医療関係者と患者、マスメディアとの間の緊張と対立が高まっていることを示している。

日本政府は2009年、高齢化社会において、経済成長・科学技術の発展・生活の質の向上を一体的に実現するために「ライフ・イノベーション」が戦略的に重要であると認識するに至っ

た⁴⁰。この政策は2009年に内閣で承認されたが、生命科学・情報科学・ゲノミクスの科学研究を促進して、高齢化社会に影響を及ぼす各種疾患の診断・治療を向上させるイノベーションを目指すものである⁴¹。筆者らは、保健医療を主要な経済活動の一環とみなす、技術主導型・成長志向型のこのアプローチを歓迎している^{42,43}。

医師数が継続的に増加しているにもかかわらず、一部の専門分野、特に産科・小児科・外科では医師が不足している^{44,45}。一部の専門分野の医師不足は、数の問題だけではなく、患者がより高い医療の質を求めたり、医療以外の要因、すなわち、患者個人の尊重や患者中心的な診療を求めるなど、要求水準が変化してきていることもあって複雑な問題となっている⁴⁶。医療の質や医師に関する患者の理解はより洗練されたものになってきているのに対して⁴⁷、医師側はこれらの変化に追いついていない。リスクの低い手術でさえ、今日の患者の多くは高次病院の専門医による治療を求めている。救急医療に関しては、親も総合医も、そして救急救命医も、子どもの診察は当直担当の内科医ではなく、あくまで小児科専門医が行うべきだと思っている⁴⁸。このように要求水準が高まっているにも関わらず、医療サービスの機能分化が不十分で専門医の配分もニーズに合っていないために、特に救急医療の領域では、大規模医療センターで問題が噴出している。患者の期待する医療が変化してきており、プライマリ・ケアを行う医師と専門医の役割およびそのバランスを調整しなおす必要があるのだ。

日本の現行制度は国民を他国の水準よりも健康にしているのかもしれないが、高まる国民の期待には対応できていないようである。日本は、高齢化の進展、不確実性の増大、そしてグローバル化という今日的な文脈のもとで、「健康」の意味を考え直す必要に直面している。特に、国民が健康に対して抱いている価値観に寄りそって、グローバルヘルスにおける世界のリーダーとして整合性のある健康ビジョンを策定する必要がある。

ある。これらの課題に対処するためには、日本は保健システムの大規模な改革を実行しなければならないと筆者らは考える。

未来に向けた改革

今日の日本では、他の多くの分野と同様に、医療制度の改革が必要であることについては幅広いコンセンサスが存在している。しかし何をすべきか、いかに改革すべきかについてはさまざまな意見がある。我が国は、一部の利害関係者に不利になるが社会全体のためには必要な、難しい社会的決断を下す能力を失ったようだ。過去50年間を通じて日本の保健医療が育んできたものを、この先も持続可能にし、かつ公平性を確保するために、筆者らは4つの改革案を提言する（パネル3）。

第1は、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行することである。日本の保健システムのもと国民医療費は増加し続けている。今の日本で、保険料や税金の引き上げなどにより、医療費の財源を増やす必要があることは間違いない。しかし、より本質的問題は、新しい医療費の財源を確保する際に、いかにして負担の公平性を確保していくか、ということである。負担の公平性を確保できるかどうかは、正しい情報開示に基づく日本国民の判断にかかっている²¹。

そもそも、構造改革は国が実現しようとする価値感を反映したものになる。欧州諸国は、それぞれの価値観および政治的・歴史的事情に基づいて今日ある形の保健医療制度を築き上げてきた。日本の場合は、他の非西洋諸国と同様に、官僚と政治家が既存の保健医療制度を輸入し自国の事情に適合させてきた。いろいろな制度のいいところ取りをした寄せ集めで、必ずしも政策的一貫性が確保されていたわけではなかったため、その質を保持し高めるための構造が欠如しているのである。

グローバルヘルスに関する論文にもあるとおり¹⁸、日本は人間の安全保障を外交政策の礎に

パネル3：主要な政策提言のまとめ

1 人間の安全保障という価値観に基づく改革の実行

- ・人間の安全保障という概念を日本の国内政策に適用する。
- ・国民中心の視点から、医学教育、保健医療制度のモニタリングと分析を通して政府の保健医療政策を再検討する。
- ・日本社会の根底にある平等を尊重する価値観を踏まえ、社会保険制度と強制加入という基本的構造を堅持する。
- ・地方・国家・グローバルレベルでの主要な政策オプションを形成するために質の高い研究およびエビデンスを活用する。

2 政府と地方自治体の役割の再検討

- ・保健医療資源の配分効率および財源の持続可能性の向上についての権限・責任を都道府県に委譲する。
- ・縦割りの省庁および機関を統合し、日本版の医学研究所、疾病対策予防センター、国立衛生研究所などを設立する。
- ・東日本大震災により被災した東北地方の保健医療制度を、人間の安全保障に基づく将来的な改革の試金石として復興する。

3 保健医療サービスの質の向上

- ・医師の質を高めるため、専門医認定のための臨床データベースを構築する。
- ・患者中心のシームレスな医療を実現するため、総合診療を正式な専門分野として確立する。
- ・病院の診療実績をモニタリングするために、ベンチマークのためのデータ提出を義務化する。
- ・診療所と病院の機能分化を推進し、病診連携ネットワークを確立する。

4 グローバルヘルスへの積極的参画

- ・国内外の保健医療専門家が相互連携する機会を設ける。
- ・日本が過去50年にわたって蓄積してきた知見、特に国民皆保険制度、高齢化と介護制度、健康と福祉についての知見をグローバルヘルスの文脈で最大限活用する。

したが、それは日本が政治・経済・社会の発展の相互依存性を理解していたからである。これまで機能してきたわが国の保健医療制度は破綻し始めており、最近の震災でも明らかのように、現在では国内の人間の安全保障をも脅かし始めている。日本が直面している課題に対応するためには、人間の安全保障——すべての人々を危機的かつ蔓延する脅威から守り、生存・暮らし・尊厳のための糧を与えること⁴⁹——がこれまで以上に重要である。そのひとつが国民皆保険制度なのである。この目的を達成するには、このコンセプトをもっと積極的に国内政策に応用することが必要であると筆者らは考える。健康とは、われわれが共有している人道上の根源的な共通目標である。だからこそ健康は、自国民の人間

の安全保障を追求する日本の取り組みにおいて、主要な役割を果たす、特別の意味を持っているのである。

日本は、保健医療システムを通じて実現すべき共通の価値観をはっきりさせることから改革を始めなくてはならない。そして、常にその価値観に沿って改革を進める必要がある。筆者らは、人間の安全保障における平等こそ、日本の保健医療政策の中核的価値観であると信じている。一方、それを実現するにはすべての利害関係者が改めてそれぞれの立場から尽力する必要があるだろう。強制加入による社会保険制度は堅持されるべきであるが、その一方で、保険制度の統合および公正な保険料の設定による構造改革は平等性を高めるために必要なステップとなる。

戦後日本の政策決定システムの時代は終わりを告げつつある。政策決定過程をより透明にして国民の価値観をより反映させる必要がある。2010年の調査によれば、日本の保健システムに対する不満の大きな要因は、医療の質や利用機会、費用に関する問題ではなく、政策決定における公正性と国民参加の欠如である（図2）⁵⁰。この公正性および政策決定への国民参加の欠如の背景には、政策決定過程において適切なエビデンスの活用が欠落しているという事実がある。地方レベルであれ、国家レベルであれ、世界レベルであれ、政策決定過程は常に政治的なものである。しかし、主要な政策オプション、特に全体の状況を加味した政策を選択するには、質の高い科学的知見やエビデンスに基づくことが必要なのである。

構造改革の必要性についてはおおむね社会的合意があるものの、政治的リスクを冒してまで惰性を打破し保健システムを変革しようとする者がいない。制度の非効率さは高度経済成長期には許容されえたが、経済が停滞している今日ではもはや寛容できない。さまざまな政党および立場の利害関係者が個々のグループの既得権益を超えて大胆に連携することが、日本の保健

医療制度の構造改革を促進するために必要である、と筆者らは考える。

第2に、政府および地方自治体のそれぞれの役割を見直すことである。人間の安全保障という考え方は、トップダウンとボトムアップという両方のアプローチによる保健システム改革を必要とする。トップダウンに関しては、まず政府において、権限・責任が省庁別の縦割りになっている状況を打破し、国民中心型の保健医療を重視し相互連携を深めることが必要である。改革の最大の障害は、時代遅れで凝り固まった日本の保健医療政策の政策決定メカニズムであり、これまで国内外の保健医療専門家が互いに関与する機会はほとんど与えられなかった。国内外の保健医療政策に関して中立的で確かな分析を行うためには、米国の疾病対策予防センター（CDC）や国立衛生研究所（NIH）、医学研究所（IOM）、英国の国立医療技術評価機構（NICE）のような機関を日本においても設立する必要がある。同時に、ボトムアップに関しては、地方自治体の政策企画部門に権限を委譲し、地域の政策的自律性を拡大すべきである。これらの改革を設計し実行するためには、医師会・政府組織・民間企業・市民団体といったこれまで協働したことのない諸団体間の新たな対話と意思決定が必要になるだろう。

現在の日本の保健医療政策は、政府が一律に決定し、地方自治体にはほとんど裁量権がない。しかし、地方レベルでは、市民が保健医療政策の立案と実行に参加できるよう、都道府県が中核的組織となるべきである。そのための第一歩は、市民が選挙を通じて、地域保健医療システムの管理・維持を公約とする政治家を選ぶことだろう。さらに都道府県レベルで社会保険制度を統合すれば、各保険者間での費用分担の公平性が改善されるだけでなく、都道府県知事の権限も高まるだろう。都道府県知事の権限の強化によって、医療提供体制がより厳格に管理され、地域における保健医療資源の配分効率および機能が改善されるだろう。医療機関の診療実績を

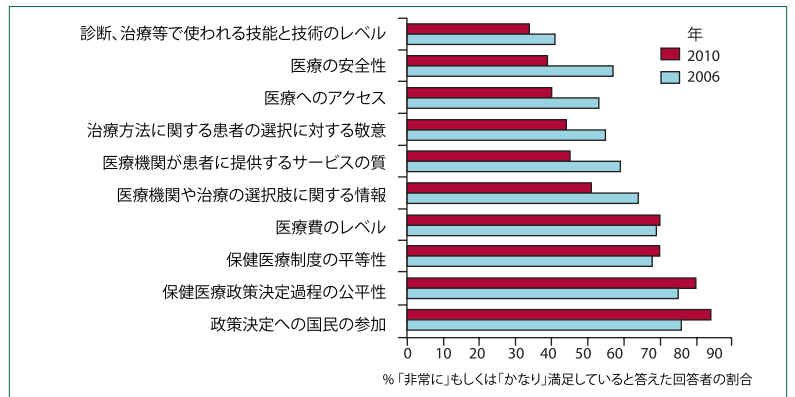


図2:保健医療制度に対する日本国民の不満の主な理由

2010年1月、日本の専門家により保健医療政策に関する世論調査が行われた。(50)1650人(20歳以上)を対象とする2段階クラスターサンプリングにより、保健医療政策のさまざまな側面に関する世論情報を収集した。全体の回答率は62%であった。同じ質問で構成された2006年の調査と比較すると、直近の調査によれば、過去数年の間に保健医療制度の政策決定プロセスに対する一般国民の不満が高まっている一方、医療サービス・治療に対する満足度は上昇している。

オープンにモニタリングすることで質を高めるとともに、病院および診療所を統合して効率を高めるべきだろう。

東北地方が現在直面している地震、津波、原発事故という三重の災害は日本にとって、第二次世界大戦以来最悪の人的危機である。津波に襲われた沿岸部の辺鄙な村は、日本で最も急速に高齢化が進んでいる地域の1つである。生存者の間では高血圧症・糖尿病の罹患率が高く、保健人材が慢性的に不足し、質の高い医療へのアクセスが限られている⁵¹。これらの地域では、日本の保健システムそのものが抱える大きな問題、すなわち、人口の高齢化、生活習慣病の増大、質の高い医療サービスへのアクセスの欠如、そして保健人材の不足、が震災以降増大している。これは、日本全体の未来を予兆するシナリオを示している。東北地方における保健システムの復興は、我が国の保健システムの将来的な改革の試金石になる。東北地方の保健医療制度を立て直すことは、日本の保健医療制度を人間の安全保障という考え方に基づいて積極的な改革を行う機会になると筆者らは考えている。

第3は、保健医療の質を改善することである。医療の質を高めるための制度設計とインセンティブが日本には欠けている⁵²。専門医認定

制度はまだ成熟しきっておらず、制度的には依然として医師は自分が望む専門分野を自由に標榜し診療することができる。医療ニーズに基づいて国レベルで専門医の必要養成数を定めたり、専門医として要求される経験水準を満たすために必要な人的・物的資源も十分確保されていない¹⁷。各専門医認定学会は日本専門医制評価・認定機構に所属しているが⁵³、同機構には、割当人数を設定したり認定要件を標準化したりする権限はない。すべての専門医認定学会はまず、日本胸部外科学会やいくつかの他の専門学会のように、専門医の必要数を設定し質を評価するための臨床データベースを構築することから始めるべきである⁵⁴。

割当人数が設定されていないため、あまりにも多くの専門医が養成される事態に至っている。しかし、専門医としてのキャリアを継続し選択する医師はわずかであり、残りの医師は家庭医としての正式な研修を受けないまま総合診療に従事している。日本では、プライマリ・ケア科や総合診療科がある大学医学部がほとんどないため、総合診療は専門分野として確立していない。それこそが、日本の保健システムにおいてプライマリ・ケアの継続性と総合性が不十分なままであることの根本的理由となっている¹¹。このような医師の養成と診療のミスマッチに対応するためには、大学医学部における教育制度を長期的視野に立って見直す必要がある。たとえば専門医向けの総合診療再研修プログラムを、卒後研修教育制度に取り入れることなどが求められるだろう^{55, 56}。そうしたプログラムでは、患者とのコミュニケーションスキル、チーム医療のマネジメント技術、そして地域の保健アウトカムに対して明確な責任を果たせるように地域医療資源を調整する技能などを重視すべきである。

専門医やその他必要な医療資源を効果的に配分するためには、医療従事者、地方自治体、市民で構成される地域医療計画策定委員会を設置すべきである。また、医療機関の診療の質をモ

ニターするためには、国の病院情報システムから、病院からの提出が義務付けられている情報を自動的にダウンロードできるようにして活用すべきである。そうしたモニタリングによって、医療機関の間で医療の質を高める競争が誘発されるだろう。診断群別支払い制度に参加している病院ではそうした報告制度が存在し、効果的な病院のモニタリング制度を創設するための基盤を提供している⁵⁷。主として慢性期診療を行う小規模病院に対しては、介護施設への転換をもっと推進すべきである。

専門家団体と病院団体は、医療の質の改善に取り組んでいることを一般国民に示し、自らの取り組みを透明化する用意があることを示せば、より有利な立場で保健医療資源の増加を要求することができるだろう。そうした要求は国レベルでも都道府県レベルでも問題となるだろう。

第4は、グローバルヘルスへの積極的参画である。日本にとって鍵となる戦略課題は、高齢化社会におけるグローバルヘルスの意味を再検討することと、日本が他国よりも多くの専門知識を有している領域を特定することである。『ランセット』の日本特集号では、日本が過去50年間に国民の健康と幸福の向上を追求する過程で蓄積してきた、特に国民皆保険に関連する健康および保健システムについての豊富な知見と専門的知識を紹介してきた。健康関連のミレニアム開発目標(MDGs)を達成するための保健介入の規模をさらに拡大していくにあたり、日本の経験と専門的知識がきわめて重要なのである。さらに、健康保険と介護制度に関する日本の経験と知見は^{10, 17, 20}、高齢化社会における国民皆保険と介護制度の構築が次の課題となる、MDG後のグローバルヘルスの流れにとって大きな知的財産になるだろう^{2, 18}。日本の財政的・実質的な取り組みを海外開発援助を通じて拡大し深化させていくことで、これらの財産を活用すべきである。すなわち、震災後の喫緊の復興需要があるとはいえ、こうした活動を削減してはならない。

結論

これら4つの改革案はすべて実行可能なのだろうか。日本はそれを実行しなければならないし、その能力があると筆者らは考えている。これら4つの改革案はそれぞれ独立したものではない。実際、これらは同時に実行しなければならないものである。人間の安全保障が、政府と地方自治体の構造を改革するための統一的テーマになるだろう。政府と地方政府の責任がより明確になり、医療従事者の説明責任がより明確に果たされるようになれば、一般国民は保健医療に資源を追加配分することにもっと意欲的になるだろう。このような変革を可能にするため、筆者らは、保険料をより直接的に医療提供制度と連動させることができるよう、医療社会保険制度を都道府県レベルで統合することを主張してきた¹⁰。さらに、最初の3つの改革が達成されれば、日本はさらに有利な立場でグローバルヘルスへの取り組みを拡充できるようになるだろう。

2011年3月の大震災が発生してからは、変革がいつそう急を要するものになっている。筆者らの提言は直ちに採用され、3～5年のうちに実行されるべきものである。今は改革だけでなく再生の時でもあるのだ。これらの課題の重要性の大きさから見て、これまでの日本の政策決定の特徴となってきた、「段階的改革」に頼ることはもはやできない。日本ではこれまで、災難の後にしばしば大規模な変革が起こってきたことに留意すべきである²⁸。1923年の関東大震災後、日本は軍国主義に転換した。第二次世界大戦で敗戦し米国に原爆を落とされた後には、1947年に平和憲法を採択し、平和的な経済成長路線を採用したのである。1995年の阪神淡路(神戸)大震災後はきわめて内向きになった。今回の大災害も国家の未来に大きな影響を及ぼさだろう²⁸。これらの変化の力を建設的な方向へ導いてやる必要があると筆者らは考える。

明るい兆しはすでにある。日本では、危機的状況に対応して、災害に打ちひしがれた人々を

助けようと熱心に取り組む若者が増えている。彼らは、革新的なソーシャルメディアを駆使して情報を集めては広め、プロジェクトの支持をとりつけ、大規模な寄付運動を開始している⁵⁸。革新的変化のリーダーに率いられた日本版の新しい公共運動が進行しており、中央集権的な政策決定システムから、より分権化された国民中心のアプローチへと体制を移行させることを望んでいる。また、この危機によって、日本ではまだ社会的団結・信頼・互惠の感覚が強く共有されていることも明らかになった。災害救済と全国民への保健医療提供という、人間の安全保障的アプローチは、21世紀の日本および世界の礎となりうるのである。

日本は、この困難な時期にあって、世界中から寛大な支援を受けてきた。今は日本が国際社会に恩返しをする時である。日本は新たな保健医療の制度と新技術の研究開発の場とではならぬ。人間の安全保障、人道的見地に基づく災害対応、放射線被曝の健康影響などの状況のなかで、国民皆保険制度・公平性、健康と長寿についての教訓を世界中から集約すべきであると、筆者らは提案する。『ランセット』日本特集号が様々な障害を克服する新しい時代を切り開き、日本の過去50年間の成功と課題からより広範な教訓を世界にむけて発信するきっかけになると、筆者らは信じている。

各著者の貢献

渋谷健司、マイケル・R・ライシュ、橋本英樹と池上直己が本論文の概念的枠組みを作り、渋谷、橋本、西見弘と谷本哲也が文献検索を行った。渋谷、橋本、池上とライシュが本論文の草稿を行った。西、谷本、宮田裕章、武見敬三とライシュが批判的改訂を加えた。全著者が議論に貢献し、最終版に目を通し承認した。

利益相反

いかなる利益相反もないことを宣言する。

謝辞

本論文はビル&メリンダ・ゲイツ財団および米国中華医学基金の助成、並びに厚生労働省科学研究費からの研究助成(H23-政策-指定-033)を受けている。運営面でサポートして下さった山本正氏と鈴木智子氏に感

謝する。本論文で示された見解は専ら著者らの見解である。

引用文献

- 1 Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. Fifty years of pursuing a healthy society in Japan: achievements and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2.
- 2 Latko B, Temporão JG, Frenk J, et al. The growing movement for universal health coverage. *Lancet* 2011; 377: 2161–63.
- 3 Garrett L, Chowdhury AMR, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. *Lancet* 2009; 374: 1294–99.
- 4 WHO. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. World Health Assembly Resolution 58.33. May, 2005. http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/index.html (accessed July 20, 2011).
- 5 McIntyre D, Garshong B, Mtei G, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 871–76.
- 6 Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy Plan* 2008; 23: 150–60.
- 7 Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 823–24.
- 8 Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds. Good health at low cost. New York, NY: Rockefeller Foundation, 1985.
- 9 Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 857–63.
- 10 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- 11 The Lancet. Japan: health after the earthquake. *Lancet* 2011; 377: 968.
- 12 Ide S, Baltay A, Beroza GC. Shallow dynamic overshoot and energetic deep rupture in the 2011 Mw 9.0 Tohoku-Oki Earthquake. *Science* 2011; 332: 1426–29.
- 13 警察庁「東日本大震災について」2011年発表, 警察庁ウェブサイト (<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/index.htm>) (2011年5月29日アクセス).
- 14 東京電力「原子力発電所の影響と現在の状況」2011年発表, 東京電力ウェブサイト (<http://www.tepco.co.jp/nu/fukushima-np/index-j.html#anchor02>) (2011年5月29日アクセス).
- 15 McCurry J. Japan: the aftermath. *Lancet* 2011; 377: 1061–62.
- 16 Fukukawa K, Arai H. Earthquake in Japan. *Lancet* 2011; 377: 1652.
- 17 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sep 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 18 Llano R, Kanamori S, Kunii O, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet* 2011.
- 19 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- 20 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
- 21 London School of Hygiene and Tropical Medicine. 'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2011. <http://healthsystems.lshtm.ac.uk/ghlcmontreuxflyer.pdf> (accessed July 23, 2011).
- 22 厚生労働省「平成15年就業形態の多様化に関する総合実態調査結果の概況」2004年7月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keitai/03/index.html>) (2011年5月29日アクセス).
- 23 Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. London: Oxford University Press, 2004.
- 24 Hashimoto S, Kawado M, Seko R, et al. Trends in disability-free life expectancy in Japan, 1995–2004. *J Epidemiol* 2010; 20: 308–12.
- 25 Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 26–36.
- 26 財務省主計局『平成21年度一般会計予算書』独

- 立行政法人国立印刷局, 2009年.
- 27 OECD. Economic Outlook 2010. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 27 OECD. Economic Outlook 2010. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 28 The Economist. The fallout. March 17, 2011. <http://www.economist.com/node/18395981> (accessed July 23, 2011).
- 29 Onishi N, Fackler M. In nuclear crisis, crippling mistrust. http://www.nytimes.com/2011/06/13/world/asia/13japan.html?pagewanted=1&_r=1&sq=fukushima&st=cse&scp=3 (accessed July 1, 2011).
- 30 本田宏「日本の原子力政治過程(2) 連合形成と紛争管理」『北大法学論集』54巻2号205-262頁, 2003年.
- 31 Ablin RJ. Japanese HIV-blood trial. *Lancet* 2002; 359: 446.
- 32 Yasunaga H. Risk of authoritarianism: fibrinogen-transmitted hepatitis C in Japan. *Lancet* 2007; 370: 2063-67.
- 33 Association of the British Pharmaceutical Industry: Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force. Competitiveness and performance indicators 2005. 2006. www.advisorybodies.doh.gov.uk/pictf/2005indicators.pdf (accessed May 25, 2011).
- 34 Danzon PM, Wang YR, Wang L. The impact of price regulation on the launch delay of new drugs—evidence from twenty-five major markets in the 1990s. *Health Econ* 2005; 14: 269-92.
- 35 Hirai Y, Kinoshita H, Kusama M, Yasuda K, Sugiyama Y, Ono S. Delays in new drug applications in Japan and industrial R&D strategies. *Clin Pharmacol Ther* 2010; 87: 212-18.
- 36 Kyo S, Takamoto S. Ventricular assist device. *Kyobu Geka* 2009; 62 (8 suppl): 704-11.
- 37 Murashige N, Matsumura T, Kami M. Disseminating Japan's immunisation policy to the world. *Lancet* 2011; 377: 299.
- 38 厚生労働省予防接種部会 ワクチン評価に関する小委員会 ポリオワクチン作業チーム『ポリオワクチン作業チーム報告書』2011年3月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000014wdd-att/2r98520000016rr8.pdf>) (2011年5月29日アクセス).
- 39 厚生労働省厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会『ワクチン評価に関する小委員会報告書』2011年3月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000014w74-att/2r98520000014w9e.pdf>) (2011年5月29日アクセス).
- 40 Cyranoski D. A healthier Japan. *Nature* 2011; 474: 136.
- 41 Government of Japan. Life innovation: a society of health and longevity. Highlighting Japan. Tokyo: Public Relations Office, Government of Japan, 2010.
- 42 宮沢健一『医療と福祉の産業連関』東洋経済新報社, 1992年.
- 43 宮沢健一『平成15年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書』財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 IHEP 医療経済研究機構, 2003年.
- 44 Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Koike S, Taketani Y, Imamura T. The dynamics of obstetricians and gynaecologists in Japan: a retrospective cohort model using the nationwide survey of physicians data. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35: 761-66.
- 45 Ide H, Yasunaga H, Koike S, Kodama T, Igarashi T, Imamura T. Shortage of pediatricians in Japan: a longitudinal analysis using physicians' survey data. *Pediatr Int* 2009; 51: 645-49.
- 46 WHO. The World Health Report 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000: 1-215.
- 47 厚生労働省『平成20年受療行動調査』厚生統計協会出版, 2010年.
- 48 Ding H, Koinuma N, Ito M, Nakamura T. Strategies for improving pediatric services in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2005; 206: 195-202.
- 49 Commission on Human Security. Human security now. In: Ogaka S, Sen A, eds. Commission on Human Security: New York, NY, 2003.
- 50 Health and Global Policy Institute, Japan. Summary of the 2010 public survey on healthcare in Japan. 2010 http://www.hgpi.org/handout/2010-02-15_25_787459.pdf (accessed May 25, 2011).
- 51 『避難所生活の人工透析患者, 2人死亡』読売新聞, 2011年4月2日発表, YOMIURI ONLINE ウェブサイト (<http://www.yomiuri.co.jp/national/news/20110402-OYT1T00309.htm>) (2011年5月29日アクセス).
- 52 Henke N, Kadonaga S, Kanzler L. Improving Japan's health care system. <http://www.>

- mckinseyquarterly.com/Improving_Japans_health_care_system_2311 (accessed July 23, 2011).
- 53 日本専門医師評価認定機構ウェブサイト (<http://www.japan-senmon-ijp/>) (2011年5月29日現在).
- 54 一般社団法人 National Clinical Database (<http://www.ncd.or.jp/index.html>) (2011年7月20日アクセス).
- 55 Chen FM, Burstin H, Huntington J. The importance of clinical outcomes in medical education research. *Med Educ* 2005; 39: 350-51.
- 56 Chen FM, Phillips RL Jr, Schneeweiss R, et al. Accounting for graduate medical education funding in family practice training. *Fam Med* 2002; 34: 663-68.
- 57 独立行政法人 国立病院機構『国立病院機構臨床評価指標2009』(<http://www.hosp.go.jp/resources/content/7015/ci2009.pdf>) (2011年7月20日アクセス).
- 58 Sato N, Yamazaki M. How generation next is rebuilding Japan. http://blogs.hbr.org/cs/2011/05/how_generation_next_is_rebuild.html (accessed May 28, 2011). *Harvard Business Review*, 2011.

本稿は、2011年9月1日に『ランセット』誌で発表された論文集 Japan: Universal Health Care at 50 years を翻訳したものである。本稿に収録された論文並びに英文原文は、『ランセット』誌のウェブサイト (www.thelancet.com) に掲載されている。また、本稿の表紙は、日本列島をイメージして作成されたものであり、正式な日本地図ではない。

『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」
(Japan: Universal Health Care at 50 Years の日本語版)

2011年9月1日

発行

(公財) 日本国際交流センター
東京都港区南麻布 4-9-17 〒106-0047
電話 03-3446-7781
Fax 03-3443-7580

監修

URL <http://www/jcie.or.jp/japan>
渋谷健司

©2011 Japan Center for International Exchange
ISBN 978-4-88907-135-1
Printed in Japan